

جامعة دمشق

كليـــة التربيـــة

قسم التربية الخاصة

فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة أولياء الأمور في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأبناء

دراسة شبه تجريبية على تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي/الحلقة الأولى

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في التربية الخاصة

إعداد الطالب

نـادر فايز اشريفة

إشراف

الدكتور بسام الطويل

الأستاذ المساعد في كلية التربية الثانية بالسويداء

2015-2016

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

الفصل الأول

التعريف بالبحث

مقدمة.

أولاً: مشكلة البحث.

ثانياً: أهمية البحث.

ثالثاً: أهداف البحث.

رابعاً: فرضيات البحث.

خامساً: حدود البحث.

سادساً: مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية.

الفصل الأول
التعريف بالبحث

مقدمة:

يعاني الأطفال من العديد من الاضطرابات النمائية التي تُمثل تهديداً لهم ولمستقبلهم ما لم يسارع المعنيون في تقديم العون والمساعدة لهم، ولعل أوسعها انتشاراً اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder).

حيث تُعرِّفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي(٢٠٠٠) American Psychiatric Association بأنه اضطراب دائم ذو أساس عقليMental Disorder، يُعبِر عن نفسه في: نقص الانتباه من حيث سعته ومداه، ومصحوباً بالاندفاعية Impulsivity أو النشاط الزائد Hyperactivity. وزيادة حدة وتواتر الأنشطة غير الهادفة Uncontrolled.

والأفراد ذوو اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (ADHD) يختلفون عصبياً وبيولوجياً عن الأشخاص العاديين، وهذا الاختلاف يتداخل مع قدرتهم على كبح وضبط سلوكهم، أو التحكم فيه خلال استجاباتهم للمتطلبات الموقفية والبيئية (الزيات ٢٠٠٧: ٢٧).

هذا ويُصنَف اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد وفقاً للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) إلى ثلاثة أنماط هي:

- نمط يغلب عليه نقص الانتباه.
- نمط يغلب عليه النشاط الزائد.
- نمط يجمع بين نقص الانتباه والنشاط الزائد وهو ما يُدعى بالنمط المشترك.

ويذكر (Cowley,1998) أن النمط المشترك لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد ADHD-Combined هو النمط الشامل والسائد لجميع أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (اليوسفي ٢٠٠٥: ٢٠) حيث تبلغ نسبة شيوع النموذج المشترك بـ 55% (ADHD-C) مقارنة بنقص الانتباه الذي بلغت نسبته بـ 27% والنشاط الزائد/الاندفاعية حيث بلغت نسبته بـ 18%(Zentall, 2006:87).

هذا وتتراوح نسب انتشار الاضطراب لدى من هم في عمر المدرسة الابتدائية من3-5% ويرى بعضهم أنه قد يحدث لدى 10% من تلاميذ المدارس الابتدائية، بينما يرى بعض الآخر أن التقديرات تتراوح من1-20 %، وإن كان المتوسط يظل يتراوح عند 3-5 % ويُقدِّر باحثون آخرون انتشاره في سن المدرسة الابتدائية من 5-15 % وفي المقابل فإن نسب انتشاره في المراهقة والرشد غير معروفة وتُجمِع الدراسات على أنه أكثر انتشاراً لدى الأولاد عن البنات وأنه يحدث قبل عمر السابعة وتتراوح النسب بين 4/1 أو 9/1 لدى الذكور والإناث على التوالي (يوسف ٢٠٠٠: ٢٥).

أمَّا عن الأسباب الحقيقية لـADHD فما زالت غير معروفة إلى الآن ولكن شكل الاضطراب يهدي إليها، حيث تُجمِع الدراسات الطبية والعصبية والنفسية والاجتماعية والنمائية، على أنه لا يوجد سبب

واحد وراء حالات فرط النشاط وعجز الانتباه لدى الأطفال، وإنّما هناك مجموعة أسباب أو عوامل متداخلة يصعب تحديدها أو التعرف عليها بدقة تامة، وجميع هذه الأسباب تُشِير إلى وجود خلل أو عيب في عمليات النمو العضوي في الجهاز العصبي والدماغ مع وجود حد أدنى من الإصابة الدماغية، ومن خلل في الوظائف العقلية، وخاصة وظائف الانتباه واليقظة والقدرة على التر كيز والاستيعاب أو الفهم، وغير ذلك من الوظائف العقلية، كما يمكن لعوامل البيئة المبكرة الحادة والسيئة، مثل الانفصال عن الأم، والتفكك الأسري المبكر، والحرمان الحسي والعاطفي للطفل، أن تسهم كلها في حدوث اضطراب ADHD لدى الأطفال (الزراد ٢٠٠٢: ٥٣).

هذا وبسبب عدم معرفة السبب الرئيسي المسؤول عن حدوث اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، فإنَّ الأسباب قد تختلف من طفل لأخر، وبالتالي فإنَّ الاستراتيجيات العلاجية لهذا الاضطراب سوف تكون متنوعة ومتعددة أيضاً (Seifert& Hoffnung.1994:380) .

ونتيجة لارتفاع نسبة اضطرابات الانتباه وفرط النشاط بين الأطفال، وتأثير هذه الاضطرابات على معظم العمليات المعرفية المستخدمة في كافة الأنشطة الأكاديمية والمعرفية، فقد استقطب التدخل العلاجي لاضطرابات نقص الانتباه/ النشاط الزائد اهتمام شريحة واسعة من المربين والباحثين والآباء والمنظمات المهتمة بالتربية الخاصة عموماً، وذوي صعوبات التعلم على وجه الخصوص، وقد أفرزت هذه الاهتمامات اتسّاع قاعدة التدخل العلاجي لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط حيث شملت أنماط التدخل العلاجات التالية:

التدخل العلاجي الطبي، التدخل العلاجي بالتغذية، تعديل السلوك، التعديل المعرفي للسلوك، تدريب الآباء (الزيات ١٩٩٨: ٣١٥-٣١٦)، والأساليب التربوية والتي تتضمن:

١-تقليل المثيرات المشتتة.
٢-التنظيم.
٣-التقييم السلوكي الوظيفي.
٤-الإدارة المشروطة للذات.
٥-الرصد أو التصوير الذاتي للانتباه (هالا هان وآخرون ٢٠٠٧: ٤١٣).

هذا ويشير شيفر وهيلمان (204:1999) إلى أن علماء النفس ينصحون باستخدام العلاج السلوكي لجميع حالات اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، سواء كانت لأسباب عضوية وهي حالات قليلة، أم لأسباب غير عضوية، فالمظاهر السلوكية لهذا الاضطراب هي نفسها عند جميع الحالات، كما أنَّ العلاج الطبي وحده قد فشل في مواجهة هذه المشكلة، إضافة إلى أنَّ المظاهر السلوكية لنقص الانتباه والنشاط الزائد عبارة عن عادات سلوكية اكتسبها الطفل ويزاولها بطريقة قهرية وبقوة العادة، ولا يمكن محو هذه العادات إلا بعادات سلوكية سليمة تحل محلها . وانطلاقاً مما سبق فإنَّ البحث الحالي عَمِد إلى استخدام برنامج تدريبي قائم على عدّة فنيات لتعديل السلوك يشارك أولياء الأمور في دعمها،

وذلك لنجاح الخطة العلاجية المرجو منها خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

أولاً -مشكلة البحث:

يُعزى الإخفاق في المدرسة بشكل رئيسي إلى الفشل في التركيز والاختيار والتنظيم وتثبيت الانتباه على ما هو مهم (Zentall, Kuester& Craig;2006:215).

فالأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه/النشاط الزائد، تتزايد مشكلاتهم المدرسية باستمرار حيث لا يمكنهم البقاء هادئين في مقاعدهم والتركيز على مهامهم المعروضة والتفاعل مع الآخرين في الصف، كما أن تأثير تلك المشكلات على الطفل يبدأ ظهورها في المنزل، حيث تُوكل له واجبات منزلية تُدخِل الطفل والأسرة معاً في معاناة حقيقية لإنهاء تلك الواجبات، كما يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلة عدم القدرة على اتباع التعليمات سواء في المنزل أم المدرسة؟ وصعوبة أداء المهام اليومية الموكلة لهم أو إكمال تلك المهام، كما يعانون من رفض الأقران لهم بناء على نتاج سلوكهم الاجتماعي غير المناسب والذي يتزايد مع الوقت إذ يعجز بعض الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد عن فهم الإيحاءات الاجتماعية المُعبَّر عنها شفوياً أو من خلال الإشارات اللغوية، أو المُعبَّر عنها على نحو غير كاف من خلال التعبيرات الوجهية والحركات الجسمية (ميركولينو:٢٠٠٣، ٣٢-٣٣).

ومن ناحية أخرى، أكدَّت نتائج العديد من الدراسات أنَّ الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يتميز بعدم القدرة على ضبط النفس أو السيطرة على انفعالاته، وفي صعوبة الاستقرار في مكان محدد، والتهور والاندفاعية، وسهولة الاستثارة، ونوبات الغضب الحادة، وعدم القدرة على تحمُّل الإحباط وصعوبة الانتظار لتلبية رغبة أو حاجة ما، كما يُظهر الطفل عدم الرضا عن الذات والنظرة السلبية لها، وبالتالي انخفاض في مفهوم الذات (الحلبي ٢٠٠٠: ٣٥، عز ٢٠٠١، الدسوقي ٢٠٠٤).

وهكذا ونظراً لهذه المضاعفات السلبية على شخصية الطفل وعلى المحيطين به ولأن المشكلة تزداد تفاقماً كلما تأخرنا في تشخيصها وعلاجها، يطرح أولياء الأمور والمربين تساؤلات كثيرة حول الأساليب التي يمكن اتبّاعها لمواجهة هذه المشكلة، ومن هنا تتأكد الحاجة لإعداد البرامج التدريبية والإرشادية الهادفة لإعادة تأهيل هؤلاء الأطفال لحياة أفضل في المجتمع، ولإكسابهم المهارات اللازمة لذلك، ولإكساب أولياء الأمور المعارف والخبرات الضرورية للتعامل مع هؤلاء الأطفال.

وتُعد البرامج التدريبية القائمة على استخدام فنيات التعديل السلوكي على تنوعها، وخاصة التعزيز والنمذجة والحديث الداخلي والمدعومة بمشاركة أولياء الأمور، من البرامج الهامة في مواجهة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، والتخفيف من أعراضه المؤلمة، ومن هذا المنطلق تتحدد مشكلة البحث في السؤال التالي:

ما مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة أولياء الأمور في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأبناء؟

ثانياً -أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث الحالي في النقاط التالية:

١. دراسة واحدة من أهم وأكثر المشكلات المعرفية–السلوكية انتشاراً بين التلاميذ، حيث وصلت إحدى التقديرات إلى أنه ينتشر بين ١٨% من أطفال القطر العربي السوري. (عز ٢٠٠١: ٢٢)
٢. تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، الذي يعطي البحث أهمية خاصة، وذلك من خلال تعرف وتشخيص وتعديل السلوك المضطرب.
٣. تناول اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى عينة من التلاميذ غير العاديين، الموجودين على مقاعد الدراسة، والذين يفتقرون إلى الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية المقدّمة إليهم بسبب معاناتهم من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لديهم.
٤. من خلال البرنامج الذي تم تصميمه لخفض أعراض نقص الانتباه/النشاط الزائد والفنيات العلاجية السلوكية التي يتضمنها، والتي يمكن أن تكون مفيدة للمعلمين والمربين وللعاملين في مجالات الإرشاد النفسي والتربية الخاصة.
٥. مشاركة أولياء الأمور كعنصر داعم للبرنامج في حضور جلسات البرنامج وتنفيذ الواجبات المنزلية وما يمكن أن يحصلوا عليه من معلومات وخبرات ومهارات هامة في فنيات تعديل السلوك للتعامل مع أطفالهم المضطربين بصورة مناسبة.

ثالثاً -أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. تصميم برنامج تدريبي سلوكي قائم على فنيات تعديل السلوك لتدريب التلاميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد بهدف خفض الأعراض الأولية للاضطراب لديهم.
٢. تزويد أولياء الأمور بمعلومات عن فنيات البرنامج وكيفية تطبيقها والخبرات التدريبية وذلك من خلال حضورهم جلسات البرنامج ومناقشة هذه الفنيات والخبرات معهم وتكليفهم بالواجبات المنزلية الخاصة بها.
٣. قياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في تخفيف الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.
٤. قياس مدى استمرارية نجاح البرنامج التدريبي السلوكي في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى أفراد العينة بعد التوقف عن تطبيقه بفترة زمنية حددت بشهر من تاريخ انتهاء تطبيق البرنامج.

رابعاً -فرضيات البحث:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في **القياس البعدي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه (المعلم/الوالدين).

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في **القياسين القبلي والبعدي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه (المعلم/الوالدين).

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في **القياسين البعدي والمؤجل** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه (المعلم/الوالدين).

خامساً-حدود البحث:

تحددت نتائج البحث الحالي بالعوامل التالية:

١. الحدود البشرية: اقتصرت العينة على مجموعة من التلاميذ الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ومن حيث قلّة عدد أفراد البحث ومحدودية القدرة على تعميم النتائج.
٢. الحدود الزمنية: العام الدراسي 2014 / 2015.
٣. الحدود المكانية: تم إجراء هذا البحث بمدارس الحلقة الأولى الرسمية في مدينة الصنمين محافظة درعا.

سادساً -مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية:

١٠ **الفاعلية**:**Effectiveness** يعرف الباحث الفاعلية بأنها الأثر الذي يمكن أن يُحدِّثه البرنامج المقترح في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأطفال ويتم تحديد هذا الأثر إحصائياً من خلال حجم التأثير Effect Size لكل اختبار إحصائي في التحقق من تأثير البرنامج.

٢٠ **البرنامج التدريبي السلوكي Training behavioral Program:**

ويُعرَّف إجرائياً: بأنه مجموعة من الأنشطة والتدريبات والإجراءات التي نُفذت خلال جلسات البرنامج واعتمدت على فنيات **تعديل السلوك** (الشرح، التوضيح، المناقشة، التشكيل، النمذجة، التعزيز، الحث، التكرار، التعليمات الذاتية، الواجب المنزلي)، المخطط لها مسبقاً بطريقة منهجية علمية بهدف خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، كما تضمن البرنامج مشاركة أولياء الأمور في حضور جلسات البرنامج كداعمين لأبنائهم.

٣٠ **اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)** يعرفه أناستوبولس Anastopulos1999أنه حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه، والاندفاعية، والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرد الذي يعاني منه يُظهر قدرة أكاديمية منخفضة، وضعف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني مفهوم الذات (الدسوقي ،٢٠٠٦: ٢٨).

وفيما يلي عرض للمفاهيم المرتبطة بهذا الاضطراب:

أ – **نقص الانتباه Attention Deficit:** هو الضعف الشديد في التركيز، وعدم المقدرة على الانتباه لفترة طويلة حيث أن الطفل لا يستطيع الانتباه لأكثر من بضع دقائق والتشتت Distractibility، حيث أنه يفقد الاهتمام بسبب الأصوات أو المشاهد الجانبية (عويضة ٢٠٠١: ١٧٦). ويمكن تلخيص بعض خصائصهم والأعراض التي يعانون منها.

- سرعة تشتت الانتباه بأي مثير خارجي مثل الصوت أو الحركة في البيئة المحيطة.
- لا يعير انتباه عندما يتم التحدث مباشرة إليه.
- صعوبة في تذكر وتأدية التعليمات.
- صعوبة الحفاظ على الانتباه في المهمات ونشاطات اللعب.
- نسيان النشاطات اليومية.
- عدم إكمال الواجبات اليومية مما يؤدي إلى أعمال مدرسية غير كاملة.

ب – النشاط الزائد:Hyperactivity يمارس الأطفال ذوو النشاط الزائد حركات جسمية كثيرة معظمها حركات عشوائية غير مقبولة وغير هادفة ولا يستقرون في مكان واحد وينتقلون كثيراً بين المقاعد ولا يجلسون في مكان دون حركة وإذا أُجبروا على الجلوس تراهم يتململون في مقاعدهم ويتأرجحون عليها دون كلل، وقد يقفزون فوقها ثم لا يلبثون أن يهبطوا أسفلها ويصدرون أصواتاً بلا مبرر محدثين ضوضاء وضجيجاً (علا عبد الباقي إبراهيم،١٩٩٩: ٢٩).

ج –**الاندفاعية: Impulsivityهي** نمط سلوكي يتضمن عدم مقدرة الطفل على ضبط سلوكه والميل نحو الاستجابة دون تفكير، لذلك يتصف الطفل الاندفاعي بسرعة التهيج والتهور لأبسط الأمور، كما يتصف هذا الطفل بالتحدي والمعارضة والعناد، مما يُفقده صفة الاجتماعية والاستمرار في الصداقة، فهو سلبي في كسب صداقة الآخرين (الحامد، ٢٠٠٢: ١٥-١٦).

التعريف الإجرائي: يُعرِّف الباحث التلميذ الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد تعريفاً إجرائياً في هذا البحث بأنه: التلميذ الذي يحصل على درجات مرتفعة على الصورتين المدرسية والمنزلية لمقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأطفال مما يشير إلى وجود أعراض هذا الاضطراب لديه والمتمثلة بنقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

٤٠**أولياء الأمور**: هم الأشخاص الذين يتمتعون بالتأثير على الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه/النشاط الزائد والمسؤولية عنه، ويُقصد بهؤلاء الأشخاص في هذا البحث الأمهات اللواتي تلقين معلومات من قبل الباحث عن أطفالهن المصابين بنقص الانتباه/النشاط الزائد وكيفية التعامل معه، وأسهمن بشكل مباشر في تطبيق بعض جوانب البرنامج من خلال مساعدة أطفالهن في تنفيذ الواجبات المنزلية وذلك لرفع فعالية العلاج إلى الحد الأقصى.

محكات التشخيص:

- ظهور أعراض الاضطراب قبل سن السابعة.
- استمرار أعراض الاضطراب ستة أشهر على الأقل.
- ظهور أعراض الاضطراب في بيئتين على الأقل. (البيت، المدرسة، جماعة الأقران)

الفصل الثاني:

الإطار النظري

المحور الأول:

اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

مقدمة:

أولاً: تعريف اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد .

ثانياً-نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد .

ثالثاً-الأعراض الأولية والثانوية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد .

رابعاً-تشخيص اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد .

خامساً-النظريات المفسرة والأسباب المؤدية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد .

الفصل الثاني: المحور الأول

اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)

مقدمة:

يُعدّ اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (ADHD) لدى الأطفال من بين المشكلات المعرفية والسلوكية المعروفة في الوقت الحالي على نحو واسع الانتشار، فهو مشكلة تُؤثر سلباً على كل من يحيط ويتعامل مع الطفل المصاب به. كما يرى العديد من الباحثين أن صعوبات الانتباه تقف خلف الكثير من أنماط صعوبات التعلم الأخرى مثل: صعوبات الإدراك، وصعوبات الذاكرة، وصعوبات القراءة بشقيها: التعرُّف على الكلمة، والفهم القرائي، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الرياضيات، وحتى صعوبات التآزر الحركي، والصعوبات الإدراكية عموماً، وصعوبات السلوك الاجتماعي والانفعالي، حيث تحتل صعوبات الانتباه موقعاً مركزياً بين أنماط التعلم (الزيات ٢٠٠٦: ٣).

وعليه فقد اهتم الباحثون والدارسون في مختلف الميادين بهذا الاضطراب واعتبروه الموضوع الحيوي الهام، خاصة عندما وصل الكثير من الناس إلى درجة كبيرة من سوء فهمه، حيث قاموا بإجراء العديد من الدراسات والأبحاث العلمية القيّمة حول هذا الموضوع بصورة أدّت إلى كشف الغموض عن عدد من جوانب هذا الاضطراب المختلفة (عويضة ٢٠٠١).

والدراسة الحالية تحاول الكشف عن جوانب هذا الاضطراب، سعياً منها إلى خفض حدة أعراضه لدى الأطفال.

<u>أولاً-تعريف اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد: -</u>

يتألف هذا الاضطراب – كما يتضح من العنوان – من اضطرابين أحدهما نقص الانتباه والثاني النشاط الزائد (أو الحركة المفرطة Hyperkinetic) والكلمة مأخوذة في الأصل من الكلمة اليونانية Hyper وتعني زيادة أو إفراط Over وKinesis وتعني الحركة Motion.

ونظراً لأنهما يحدثان معاً عادة، فقد وُضِعا في فئة واحدة، وأُعتُبِرا من اضطرابات السلوك الفوضوي أو المشوش Disruptive وبالرغم من أن نقص الانتباه ذو طابع معرفي أساساً، فإنه يُعتبر في حد ذاته من الأعراض الرئيسة المرتبطة باضطرابات السلوك الفوضوي والتي تُسبب أثاراً سلبية كثيرة خاصة في المدرسة، كما يمكن التأكيد على أن النشاط الزائد ليس أحد مترتبات نقص الانتباه، وكذلك الأمر بالنسبة لنقص الانتباه فإنه ليس من مترتبات النشاط الزائد، وكلاهما عرض مستقل، وهناك بعض الأطفال لديهم مشكلات أساسية في أحد العرضين فقط (كما يتضح من الأنواع الفرعية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) (يوسف ٢٠٠٠: ٢١٩-٢٢٠).

هذا ويُعتبر اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد مثيراً للجدل على أكثر من صعيد، فهناك فروق كبيرة وتباين ملحوظ في تعريفه وفي تحديد أسبابه وبالتالي في اختيار طرق علاجه، وفيما يلي يعرض الباحث عدداً من <u>التعريفات ذات الصلة بالاضطراب الحالي</u>:

<u>1: *التعريف الطبي:*</u>

١- يُعرِّف الأطبّاء اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (ADHD) على أنه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات الموصلة
بجزء من المخ والمسؤولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك (اليوسفي ٢٠٠٥:١٧).

٢- وترى ننلي Nunley أن أطفال ADHD لديهم نواقل عصبية من نوع المضاد (المثبط) وأن لديهم أجهزة عصبية أقل نشاطاً Underactive، وتعمل ببطء، والاتصال بين الخلايا لا يتم بالسرعة العادية (ننلي ٢٠٠٦ :٣٠).

٣- تذكر الدّوة (٢٠٠٣: ١١) بأنه اضطراب بيولوجي متأثر بالعامل الوراثي، ويمكن أن يتزايد مع العوامل الاجتماعية، فيرى فوللر Voeller أن ADHD هو نتاج خلل وظيفي في مناطق انتباهية مختلفة، وقد تم تحديد ثلاث مناطق لهذا الخلل وهي:

أ-قصور في جهاز الانتباه الخلفي يجعل الأطفال المصابين دون مستوى الاستثارة Hyporansal.

ب-قصور في جهاز الانتباه الأمامي حيث يكون الخلل الوظيفي في الدوائر المتعلقة بالمادة السوداء **المخططة الجبهية Frontal Striatonigral Cireints مما يؤدي إلى قصور في الانتباه الحركي.**

ج-قصور في الجهاز البطني والذي يؤدي لمستوى من الفوضى والنشاط.

٤- يُعرِّفه المعهد القومي للصحة النفسية National Institute of Mental Health 2000 على أنه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل: التفكير والتعلم والذاكرة والسلوك (اليوسفي ٢٠٠٥: ١٧-١٨).

<u>2: التعريف *السلوكي*:-</u>

١- تُعرِّفه منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٠بأنه: مزيج من النشاط الزائد والسلوك غير المتكيف، مع تشتت الانتباه والعوز إلى التدخل بإصرار في المواضيع والسيطرة على الموقف، والإصرار الدائم على هذه السمات السلوكية (الجعافرة ٢٠٠٨: ١٠).

٢- تُعرِّفه الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المُعدَّل للاضطرابات النفسية (DSM–IV-TR,2000:85) بأنه: متلازمة من المعالم الأساسية المميزة له والتي تظهر في وجود نمط دائم من نقص الانتباه و/أو النشاط الزائد – الاندفاعية، ويكون أكثر تكراراً وهو مُلاحظ بشدة مقارنة بالأفراد العاديين في مستواهم النمائي نفسه .

٣- ويصف روس وروس (Ross&Ross,1976) الطفل ذا فرط النشاط بأنه الطفل الذي يكون مستوى نشاطه عالياً في المواقف التي لا تتطلب ذلك، غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك، لديه قدرة على أن يصدر استجابات بسرعة أكثر من الطفل العادي، كما أنه يعاني من مشكلات سلوكية وتعليمية واضطرابات عصبية (المطيري٢٠٠٥).

٤- ويُعرِّفه الزراد (٢٠٠٢: ٢٩) بأنه الطفل الذي يعاني من أعراض فرط الحركة (Hyperactivity)، ونقص القدرة على التركيز والانتباه (Attention Deficit)، ويكون ذلك في ضوء المعايير التشخيصية، وتكون هذه الصفات متكررة وحادة وشبه ثابتة لدى الطفل، وتكون مزعجة بشكل كبير أكبر من السلوك الملاحظ لدى الطفل العادي أو المتوسط من العمر نفسه، أو من نفس مرحلة النمو نفسها، وهذا الطفل يحتاج إلى مساعدة وإلى خدمات طبية وتعليمية وسلوكية خاصة.

ثانياً-نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد: -

يُعتبر نقص الانتباه/النشاط الزائد من أكثر أنواع الاضطرابات التي يتردد أصحابها، سواء من الأطفال أو المراهقين، على عيادات الطب النفسي، حيث تُقدّر نسبتهم بحوالي 50% من جملة المترددين على هذه العيادات، تبدأ هذه الاضطرابات في مرحلة الطفولة المبكرة وتستمر مع الطفل حتى في خلال مرحلة الرشد، مع تغير في المظاهر والخصائص خلال مراحل النمو المختلفة، إنَّ عدم علاج هذه المشكلة قد يؤدي إلى العديد من المشكلات النفسية التي تُؤثّر على مجرى حياة الفرد (سيسالم ٢٠٠١: ٣٩)،قُدِّر نسبة المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بحوالي 5% بين الأطفال الذين هم في عمر المدرسة، و2.5% بين الراشدين(DSM-5,2013.P61)

لقد أشارت نتائج عدد من الدراسات الحديثة إلى زيادة انتشار الاضطراب بين الذكور عنه لدى الإناث؛ حيث إنَّ الذكور يُبدون اندفاعية أكثر، ولديهم قابلية أكبر لتشتت الانتباه داخل الحجرة الصفية، كما أنَّ الأعراض الشخصية والعدوانية لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع معدل المشكلات النفسية لديهم (الدسوقي ٢٠٠٦:٣٦).

حيث أشارت الدراسات العالمية أنَّ نسبة الأطفال الذكور الذين يعانون من هذا الاضطراب تصل إلى ثلاثة أضعاف الأطفال الإناث اللواتي يعانين من الاضطراب نفسه، أي بنسبة (1/3)، كما تُبين أنّ هذا الاضطراب ينتشر في المناطق المحرومة وداخل المدن وفي المناطق الفقيرة وفي الأوساط الاجتماعية والاقتصادية الفقيرة (الزراد ٢٠٠٢: ٥٢). **الجدول (1) يوضح تلك النسب:**

جدول (1) النسب المئوية لانتشار حالات ADHD لدى أطفال المجتمع غير العربي.

دراسة	المجتمع	النسبة المئوية
١- رود وآخرون Rohde et.at (1999)	البرازيل	٦%
٢- تشاتماري Szatmari (1992)	كندا	٩% للذكور٣,٣% للإناث
٣- ليونج وآخرون Leung et al (1996)	الصين	٨- ٩ %
٤- بايبندا وآخرون Pineda et al (1999)	كولومبيا	١٩,٨% للذكور و ٢١,٣% للإناث
٥- بومجارتيل وآخرون.Baumgaertel et.al (1995)	ألمانيا	٤- ١٠ %
٦- كناباياشي وآخرون Kanbayashi et al (1994).	اليابان	٨%
٧- فيرهولست وآخرون (Verhulst et. al (1997	هولندا	بين ١-٢ %

(هالاهان، كوفمان ٢٠٠٨: ٣٧٧)

أمَّا في المجتمع العربي فقد أورد الجعافرة (١٦:٢٠٠٧-١٧) النسب التالية لانتشار ADHD:

1-دراسة السيّد محمد قطب ١٩٨٥ في القاهرة أظهرت أن نسبة الانتشار تساوي ٦,٢% في المرحلة العمرية ٧ـ ٩ سنوات، وأنَّ هذا الاضطراب هو أكثر شيوعاً بين الذكور.

2-دراسة لمراجعي العيادة النفسية – مشفى الملك خالد الجامعي – الرياض ١٩٨٨-١٩٩٣ حيث أظهرت نسبة ١٢,٦ % من المراجعين.

3-دراسة جمال حامد الحامد، كلية الطب جامعة الملك فيصل – الدمام أُجرِيت هذه الدراسة في عشرة مدارس ابتدائية (مدارس الأولاد)، باستخدام مقياس ADDES لدراسة سلوك التلاميذ، وبلغت عينة الدراسة ١٢٨٧ طالباً، وقد أوضحت الدراسة أنَّ نسبة انتشار الاضطراب المُركّب ١٦,٧%، نقص الانتباه منفرداً ١٦,٥%، فرط الحركة والاندفاعية ١٢,٦ %.

وفي سوريا: دراسة إيمان عز في دمشق عام ٢٠٠١ أظهرت أن نسبة الانتشار (١٨%) بين أعمار (٦-٩) لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي.

نستخلص مما سبق العديد من الحقائق حول مشكلة ADHD ومدى انتشاره كما يلي:

- يُعدَّ اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد من أهم المشكلات التي تنتشر بين الأطفال.
- إنَّ عدد الأطفال الذين يعانون من ADHD أعلى من عدد الأطفال الذين يعانون من أي اضطراب أخر.
- إنَّ اضطراب ADHD ينتشر بين أطفال المرحلة الابتدائية.
- أنَّ الأطفال الذكور هم الأكثر تعرضاً لهذه المشكلة مقارنة بالإناث.
- أنَّ اضطراب ADHD ينتشر بين الأطفال العاديين وغير العاديين.

ثالثاً-الأعراض الأولية والثانوية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد:

يتم النظر إلى بعض الأعراض المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد على أنها أولية بالنسبة لهذا الاضطراب في حين يتم النظر إلى بعضها الأخر على أنها ثانوية نظراً لأنها تنتج عن تفاعل الأعراض الأولية للاضطراب مع الأحداث البيئية المختلفة، وتتمثل الأعراض الأولية في نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد، والاندفاعية، أمَّا الأعراض الثانوية فأهمها مشكلات التعلم أو تدني الأداء الأكاديمي، والسلوك العدواني والسلوكات المضادة للمجتمع، وانخفاض مفهوم الذات، وتدني تقدير الذات، وسوف نتناول تلك الأعراض كلاً على حدا.

النمط الأول: نقص الانتباه Attention Deficit: -

يتشكل الانتباه من مجموعة من آليات التحكم التي يتمكن الجهاز العصبي من خلالها من تنظيم السلوك والتعلم، وبالتالي يُبدي الأطفال المصابون بخلل وظيفة الانتباه أنماطاً مختلفة من الضعف في تلك الآليات، وقد تؤثر الأعراض الناتجة في التعلم والسلوك والتفاعلات الاجتماعية، وتكون تلك الآليات مسؤولة عن تنظيم الأمور التالية حسب توضعها الدماغي:

١-إثارة الجهاز العصبي المركزي، مستويات اليقظة، تحريك وتوزيع الجهد العقلي: يميل الأطفال المصابون بتدني النشاط والإثارة لإبداء علامات دالة على التعب العقلي في غرفة الصف، إذ يتثاءبون غالباً ويتمطون ويتململون ويستغرقون في أحلام اليقظة، ويصبحون في بعض الأوقات كثيري النشاط والحركة محاولة منهم للحصول على مزيد من الإثارة، وقد يعانون من مصاعب الاستغراق في النوم أو الاستيقاظ في الموعد المطلوب، ويكون أولئك الأطفال عرضة للمعاناة من صعوبات في المحافظة على التركيز الذهني ونقصاً في القدرة على تحريك وتجميع الجهد العقلي والاحتفاظ به للبدء بأدوار المهام المدرسية وإتمامها، وتكون المحاولات المبذولة غريبة الأطوار وغير متوقعة، وقد تتظاهر تلك المحاولات المتأثرة بضعف التحكم على هيئة عدم الانسجام الأدائي Performance inconsistency.

٢-التعامل مع المنبه الوارد: يُظهر هؤلاء الأطفال مستوى سطحياً من التركيز، مما قد يستدعي تكرار التفسيرات والتوجيهات المعطاة نتيجة لذلك، ويميل الطفل أيضاً لإظهار ضعف في الانتباه الانتقائي Selective Attention بحيث يُركز غالباً على المنبه الخطأ في المنزل أو في المدرسة، وقد يتخذ الشرود الناتج شكل الاستماع إلى أصوات الضجيج الخارجية بدل الإصغاء للمدرس والتحديق من النافذة والتفكير بشكل مستمر بالمستقبل بدل الاهتمام بالأحداث الجارية الملحوظة؛ ويحتاج الأمر لمنبه وارد مُغالى به حتى يشعر أولئك الأطفال بالرضى، فيميلون لإظهار التململ والضجر بمنتهى السهولة ويتطلبون مستويات عالية وثابتة من الإثارة أو التنبيه ويطلبون الأشياء بصورة مستمرة ولا يبدون الرضى حتى تُلبى مطالبهم .

٣-نتاج العمل، السلوك، والنشاط الاجتماعي: يملك هؤلاء الأطفال ميلاً لأداء الأفعال دون توقع النتيجة الناجمة عنها أو حتى التفكير بما ينوون فعله، ويدفع التهور الحاصل لارتكاب أخطاء ناجمة عن قلّة الحيطة سواء على صعيد العمل المدرسي أو المظاهر السلوكية غير المقصودة، و يُلحظ عليهم وجود صعوبات في إدراك ماهية ما يفعلون سواء سلوكياً أو في المساعي المدرسية، وذلك خلال أداء الفعل وبعده مباشرة، وهكذا تكون النتيجة الوقوع في المتاعب دون تمييزها، ومن الشائع أن تكون ردة فعلهم اتجاه العقوبة ومنح الجوائز دون المأمول (نلسون ١٩٩٩: ١٣٥).

ويُعرِّف يوسف (٢٠٠٠: ٢٢٣) نقص الانتباه بأنه: صعوبة في تركيز الانتباه لفترة طويلة ويتميز بالقابلية للتشتت والتغيرات المتكررة من نشاط غير مكتمل إلى نشاط آخر، وأخطاء ناجمة عن عدم

العناية وعدم التنظيم وفقر المجهود والتباعد العام مثل عدم الإصغاء وعدم الاستجابة للأسئلة وصعوبة الجلوس أثناء المهمة وصعوبة الانتباه.

كما يُعرِّفه (سيد ١٩٩٩: ٥) بأنه أحد الأنماط الفرعية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد – الاندفاعية حيث أن نقص الانتباه والنشاط الزائد عرضين مستقلين لا يترتب أحدهما على الأخر، وهذا لا يعني أنهما منفصلان ولكنهما عرضان متلازمان قد يوجد أحدهما أكثر وضوحاً من الأخر ويوجد العرضان متلازمين بدرجة متساوية، لذلك تصنف هذه الاضطرابات في ثلاثة أنماط هي:

١٠نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النمط المركب).

٢٠نقص الانتباه هو (النمط السائد).

٣٠النشاط الزائد – الاندفاعية هو (النمط السائد).

كما يؤكد كلاً من لاهي و كارلسون Lahey& Carlson 1991 على أن نقص الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد (ADD/WO) موجود كحالات عيادية، حيث يُحوَّل الأطفال إلى عيادات الصحة النفسية، والخدمات الأخرى لعدم تكيفهم في بعض مظاهر النمو، وغالباً في الجانب الاجتماعي والأكاديمي والتي تبدو في ضعف الانتباه ولكنهم لا يعانون من نشاط زائد، كذلك نجد أن أوصاف الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد (ADD/WO) تبدو في مشاكل فوضوية بسيطة، والقليل من التسرع، ودرجة عالية من القلق والكآبة والكسل، كما أنهم يميلون إلى الانسحاب والعزلة، ويكونون أقل تعرضاً للرفض من زملائهم من الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

يذكر الرويتع (٢٠٠٢) العديد من الأعراض والخصائص العامة لنقص الانتباه ADD:

- إن مظاهر نقص الانتباه تتباين باختلاف المرحلة العمرية لهذا الاضطراب الذي يظهر في الطفولة، وقد يمتد إلى الرشد أو يستمر مدى الحياة.
- إنَّ مشكلة الانتباه تكمن في صعوبة الاحتفاظ به وإبقائه لمدة ولو قصيرة أي أن مدى الانتباه قصير .short Attention Span
- إنَّ محاولة الانتباه لأداء أي مهمة تكون مؤلمة ومنفرة وغير سّارة مما يعني تجنب أي مهمة تتطلب الانتباه.
- يظهر هذا النقص في سهولة التشتت Distractibility حيث يمكن أن يتشتت الفرد لأي مثير آخر، حتى ولو كان ضوضاء بسيطة. هذا النقص في الانتباه -على يُسر تحديده-ينعكس على أداء الفرد في جميع المجالات: الأكاديمية والاجتماعية والمهنية.
- كما يتصف نقص الانتباه بعدم إكمال المهام المطلوبة منه: الانتقال من مهام (واجبات مدرسية) أو ألعاب إلى مهام أو ألعاب أخرى.
- تجنب المهام التي تتطلب الانتباه والتركيز، كما يظهر الفرد أحياناً وكأن "عقله" في مكان آخر أو أنه لا يسمع أو يتابع ما يجري حوله.

- يظهر نقص الانتباه في المواقف التي تتطلب الانتباه والتركيز ومعالجة المعلومات مع الافتقار للجاذبية والمتعة.
- تقل حدة الأعراض بشكل كبير في المواقف الجديدة.
- تقل حدة الأعراض في المواقف التي يكون التعزيز بتكرار عال أو فوري.
- تقل حدة الأعراض في المواقف التي يكون التفاعل مفرداً حديثاً أو تدريسياً.

ويؤكد سيسالم (٢٠٠١: ٢٣-٢٤) أن إحدى أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال ذوي نقص الانتباه/النشاط الزائد هي ضعف التركيز والانتباه، وهذا لا يعني أنهم لا ينتبهون على الإطلاق فالحقيقة أنهم يحاولون الانتباه ولكن هناك مؤثرات داخلية وأخرى خارجية تؤدي إلى تشتت انتباههم وتشغلهم عن التركيز فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب سماعها وفهمها من أجل إنجاز العمل أو الواجب الذي كُلِّفوا به، فيكون الفشل في الأداء وعدم الإنجاز هو النتيجة المتوقعة لعدم الانتباه.

***النمط الثاني: النشاط الزائد* Hyperactivity: -**

النشاط الزائد: هو مصطلح غالباً ما يُستخدم بالتبادل مع كثير من المصطلحات الأخرى مثل: الخلل الوظيفي المخي البسيط (Minimal Brain Dysfunction (MBD متلازمة الإفراط في الحركة Hyperkinetic، وصعوبة التعلم Learning Disability، مثل هذا الاستخدام العشوائي للمصطلحات شوَّش مفهوم النشاط الزائد (Reid & Hresko,1981: P.24).

فالنشاط الزائد ليس مرضاً ولكنه مجموعة من الأعراض المعقدة والمتنوعة التي يصعب تعريفها وذلك لأن المستويات الطبيعية للنشاط (غير الزائد) لم تتحدد بعد بالنسبة للأطفال أو حتى المراهقين (الفخراني ١٩٩٥: ١١٢).

وفي هذا السياق يذكر كوفمان (Kauffman) أنه على مدار السنين تنوعت المصطلحات التي أُستخدِمت لتشير إلى هذه المشكلة عند الأطفال: النشاط المفرط Hyperactivity، الحركة المفرطة Hyperkinetic Or Hyperkinesis، اضطراب الاندفاع مفرط الحركة Hyperkinetic Impulse Disorder، الخلل المخي الوظيفي البسيط (MBD)، عسر القراءة Dyslexia، ومتلازمة ستراوس Straus Syndrome(172: Kauffman,1985) وفي الوقت الحالي يؤكد ليرنر (Lerner,2003:P.220) على أن هناك اثنين من المصطلحات المختلفة التي تُستخدم لتُشير إلى هذه الحالة، الأول: اضطراب نقص الانتباه Attention Deficit (ADD) Disorder والذي يُستخدم من قبل قسم التعليم في الولايات المتحدة وكثير من المعلمين، والثاني: اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity (ADHD) Disorder الذي يؤخذ من معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية – الطبعة الرابعة (DSM-IV)، ويستخدمها الأطباء وأخصائيو علم النفس، وكلا المصطلحين يشير إلى الصعوبة نفسها .

وتضيف زنتال (Zentall,2006 ;P:88) أنَّ النشاط الحركي المفرط مُعترف به دون شك عند طلاب ADHD، هذا ربما يُوضّح لماذا يأتي ترتيب ADHD-H في الدرجة الأولى قبل نمط عدم الانتباه ADHD-I. إنَّ طلاب ADHD-H يتم التعرف عليهم بسهولة في مرحلة ما قبل المدرسة، وفي الروضة وفي الصف الأول، عندما تكون المهمة النمائية التعليمية في المدرسة معرقلة للنشاط.

كما تُشير التقارير القصصية إلى أن أطفال ADHD في سن ما قبل المدرسة يُعدون "منبوذين" أكثر من أقرانهم في هذه المرحلة، ويجدون صعوبة كبيرة في المهام الروتينية "المعتادة"، كما أنَّ لديهم صعوبة في أن يهدؤوا كي يناموا، وأن يجلسوا بهدوء أثناء قراءة القصص، وفي البيت يكون هؤلاء الأطفال أكثر قابلية من نظرائهم ومن الأطفال الأكبر سناً منهم لأن يُظهروا نشاطاً مفرطاً جداً بالنظر للظروف المكانية التي تحيط بهم جميعاً؛ وأن يصابوا بحوادث أكثر من غيرهم نتيجة لذلك.

ويذكر الزراد (٢٠٠٢: ٢٩) العديد من المظاهر السلوكية التي تتبدى على أطفال ADHD:

- ليس لديهم القدرة على التركيز على ما يهمهم.
- أنهم ينتبهون بشكل طفيف إلى أي مثير (Stimulus) عابر.
- لا يتذكرون عواقب ما حدث أخر مرة.
- لا يستطيعون متابعة أعمالهم.
- **تتميز حركة الطفل بالاندفاع وعدم التبصر والافتقار للصبر والتحمل، وخاصة تحُمل حالات الإحباط مهما كانت بسيطة.**
- ردود أفعالهم سريعة.
- سعة الانتباه قصيرة جداً.
- يتحدثون بطريقة تفتقر إلى التسلسل المنطقي.
- تظهر عليهم أعراض الضجر والملل والشكوى وعدم اللياقة.
- سرعة التحول من نشاط لآخر، وتقلّب الحالة المزاجية.
- في الغرفة الصفية لا يستطيع الطفل الجلوس لفترة طويلة في مقعده.
- لا يستطيع المحافظة على أدواته.
- يُقيم طفل ADHD علاقات اجتماعية مع من هم أصغر منه سناً.
- كثير الاصطدام بالأشياء المحيطة به، أو بالآخرين بشكل ملفت للنظر.

ويضيف (الزراد) إنَّ حالة الطفل مفرط الحركة هي حالة مركبة من عدة مشكلات تحدث في الطفولة بين (٤-١٥) سنة، وغالباً ما يتعرض الطفل بسبب ذلك إلى سوء المعاملة من الكبار والتشدد والحزم والعقاب المتواصل، ولأن غالبية الكبار الذين تواجههم مثل هذه الحالة يتعاملون معها وكأنها انحراف أو خروج عن المألوف من النظم والعادات الشائعة، أو هي عبارة عن ضعف في الانضباط لدى صاحبها.

***النمط الثالث: الاندفاعية* Impulsivity: -**

يتصرف الأطفال المندفعون بشكل عفوي فجائي، قوي، قهري، غير طوعي، بالرغم من حقيقة أن معظم هؤلاء الأطفال بإمكانهم وصف النتائج السلبية التي لا يحبونها لسلوكهم إذا ما سُئِلوا عنها، فهم لا يأخذون النتائج بعين الاعتبار ويستجيبون بسرعة ودون تفكير وكأنّهم تحت رحمة نزعاتهم، أي أنهم غير قادرين على تحمل أي تأخير في إشباع رغباتهم، وهم غالباً لا يخططون للمستقبل، وفي كثير من الأحيان تكون ردود فعلهم الأولى للموقف غير ملائمة (شيفر وميلمان ١٩٨٩: ١٩).

ويُعرِّف عدس (١٩٩٨) الاندفاعية: بأنها عدم التروي في التفكير، ويسارع مضطرب الانتباه/النشاط الزائد إلى رد الفعل دون ضابط، ودون القدرة على السيطرة على انفعالاته قولاً أو فعلاً، كما تسهل إثارته واستفزازه، كما لا يستفيد من خبراته وتجاربه، وإذا اشترك في حوار أو مناقشة أدلى بوجهة نظره قبل أن يأتي دوره، ونظراً للسلوك المتهيج الذي يمارسه فإن آراءه وأحكامه تفتقر إلى الصواب والمصداقية، لأنها غالباً ما تكون أحكاماً عارضة، دون تمهل أو تفكير (الأدغم والشامي والشبراوي ١٩٩٩).

ويعرف كاجان Kagan 1966 الفرد المندفع بأنه الذي يستجيب بسرعة عندما يُطلب منه حل مشكلة معتدلة الصعوبة، لذلك غالباً ما تكون استجابته غير صحيحة، أمَّا الفرد المتروي فإنه يختبر المشكلة بعناية أكثر ويقيّم استجابته قبل إصدارها، ومن ثم فإنّه يرتكب أخطاء أقل من قرينه المندفع.

لذا تُعتبر الاندفاعية سمة جوهرية أخرى للـ ــADHD، أي أنها مرتبطة بمستويات عالية من النشاط، كما وُصِفت الاندفاعية بأنها كراهة التأخير أو التأجيل، ويمكن أن تُفسّر النوعيات الصارمة من التأخير بأن حقيقة التأخير تتطلب التوقف عن النشاط أو الحركة.

وينظر المربون إلى الاندفاعية على أنها التصرف بعجلة أو التفوه بعبارات بشكل سريع جداً استجابةً لتلميح خارجي أو حدث داخلي (على سبيل المثال: الأفكار)، كما يمكن أن يُنظر إلى الاندفاعية على أنها لغة نابضة بالحيوية (على سبيل المثال: الهتافات، الشتائم)، وتظهر مشكلات الاندفاعية غالباً في المواقف الاجتماعية حيث يختطف الطفل أشياء الآخرين ويركض أو يقاطع أحاديثهم، إنَّ معاناة أطفال ADHD بالاندفاعية هي إحساس يتجاوز الصبر.

وفي المدرسة، يعرقل أولاد ADHD عمل نظرائهم ومعلميهم أكثر من الفتيات، في حين أن فتيات ADHD يلتمسن انتباه معلميهن أكثر من الفتيات العاديات. ربما لهذا السبب لا يذكر معلمو فتيات ADHD أيَّة حالات اندفاعية لدى هؤلاء الفتيات، من ناحية ثانية، يذكرن فتيات ADHD عن أنفسهن (كما يذكر آباؤهن عنهن ذلك) أنهن يقاطعن الآخرين، ويشتمن، ويغيرن المواضيع أثناء الحديث، ويقلن أشياء قبل التفكير بها أكثر من فتيات المقارنة (Zentall, 2006; P: 90-91).

ويذكر محمد على (٢٠٠٦: ٦٦) عدداً من سمات الاندفاعية التي يعانيها طفل ADHD على النحو التالي:

١- يجيب عن الأسئلة دون تفكير حتى قبل أن يتم استكمال السؤال الموجه إليه.

٢- يجد صعوبة في الانتظار حتى يأتي دوره سواء في اللعب أو غيره.

٣- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم ويفرض نفسه عليهم فيتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم.

الأعراض الثانوية للاضطراب: -

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تترافق والأعراض الأساسية (نقص انتباه – نشاط زائد/اندفاعية) تسهم في تقييم وتشخيص اضطراب ADHD من أهم تلك الأعراض:

▪ ***ما يتعلق بالجانب الأكاديمي:*** فقد وُصِف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بتدني تحصيلهم الدراسي، والرسوب المتكرر، والتسرب من المدرسة، والغياب المتكرر عن المدرسة، وانخفاض دافعتيهم للدراسة، وإنهم كمتعلمين أقل كفاية مقارنة مع الطلاب العاديين وتعرضهم للطرد من المدرسة، والفشل في إنهاء مرحلة الدراسة الثانوية بالإضافة إلى نسيانهم للمعلومات باستمرار، كما وُجِد بأن أدائهم على اختبارات التحصيل المعيارية في القراءة والتهجئة والحساب والاستيعاب القرائي كان أقل من نظرائهم العاديين في المرحلة الصفية نفسها (القرعان ٢٠٠٦: ١٤).

▪ ***أما من الناحية الاجتماعية:***

يمكن التأكيد على أن الطفل الذي يعاني من ADHD لديه رغبة شديدة في أن يكون مقبولاً من الأطفال الآخرين، إلَّا أن علاقاته مع الآخرين تُعتبر قاصرة ومحدودة جداً، وذلك لأن السلوك الذي يسلكه سواء في المدرسة أو في الشارع أو حتى في البيت يُعتبر سلوكاً غير ملائم وغير مقبول، فيُواجه بالنفور والتأفف من الآخرين وعدم الرغبة في التعامل معه أو إقامة علاقة صداقة معه (سيسالم ٢٠٠١: ٣٠).

كما يُظهر أطفال ADHD العديد من المشكلات والصعوبات في سلوكهم الاجتماعي، وهذا ما يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي، ففي دراسة لـ باركلي وكننجهام (Barkley& Cuningham) عام ١٩٧٩، أظهرت أن أطفال ADHD هم أقل إذعاناً وطاعة أثناء التعامل مع أمهاتهم مقارنة مع الأطفال العاديين.

كما تشير نتائج الدراسات إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد غير متوافقين ولا يستطيعون التعامل مع الآخرين، ولا يطيعون الأوامر ويصعب عليهم إقامة علاقات طيبة مع زملائهم وإخوانهم ويمارسون سلوكات غير مقبولة اجتماعياً مثل العدوان والصراخ والشجار والهياج وقد ينسحبون من الجماعة، ونراهم منبوذين من الآخرين وغير قادرين على التفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويتصف معظمهم بسوء التكيف وضعف في التطبيع الاجتماعي (علا عبد الباقي إبراهيم، ١٩٩٩:٣٠).

وتشير دراسة ساوندرز و تشامبرز (Saunders & Chambers,1996) إلى أنه ربما يكون لدى الأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد عيوباً في المهارات الاجتماعية على الأقل في ثلاثة مجالات (الاتصال الاجتماعي، الانتظام العاطفي البسيط، انحرافات اجتماعية إدراكية)، وتصف الدوة (٢٠٠٣:٦٧) العلاقات الاجتماعية للطفل زائد النشاط بأنها دكتاتورية Bossy متصلبة أو مبالغ فيها، ويُظهر عدم نضج اجتماعي ونقص في النشاط المهاري، قليل الأصدقاء مما يعني أنه مُتجنب اجتماعياً،

يتصرف كمهرج في الفصل وهو تصرف ليكسب الأصدقاء بأي وسيلة، ينقصه الوعي بمشاعر وتصرفات ودوافع الآخرين.

▪انخفاض مفهوم الذات:

يعاني الطفل ذو نقص الانتباه والنشاط الزائد من مشكلات نفسية وانفعالية كثيرة وذلك نتيجة لكثرة المشكلات أو الصعوبات التي تواجهه أو التجارب الفاشلة التي باتت الصفة المميزة لمسار حياته، هذا بالإضافة إلى ما يُواجه به من نقد لاذع وتعامل سلبي من الأقران والمحيطين به، كل ذلك يؤدي إلى ضعف فكرته أو مفهومه عن ذاته وفقدان ثقته بنفسه (سيسالم ٢٠٠١: ٣٢).

في دراسة تتبعية لـ ويس وآخرون Weiss عام ١٩٧١ وجد أن حوالي ٧٠% تقريباً من أمهات المراهقين ذوي ADHD قد وصفن أبناءهن على أنهم غير ناضجين انفعالياً، وأقرت ٣٠% منهن تقريباً بأن أبنائهن يفتقرون إلى الطموح، وأنهم لم يبدوا سوى التحدي (كارولين محسن ٢٠١١: ١١).

وأشار (عثمان وأبو هاشم ٢٠٠٢) إلى أن من الخصائص التي يتصف بها مضطربو الانتباه انخفاض مفهوم الذات، والذي يرجع إلى مشاكل الإحباط السلبية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، وكثرة المشكلات في محيط الأسرة والمدرسة كما ينخفض لديهم الدافعية للتعلم وتقل طموحاتهم الأكاديمية.

▪ السلوك الفوضوي وعدم النظام:

يُعرف السلوك الفوضوي من جانبين رئيسيين هما : الأول ويتعلق بالمظهر أو الهيئة التي يبدو عليه الطفل، فهو لا يهتم بمظهره الخارجي أو بالتناسق والترتيب فيما يرتديه من ملابس ولا بالنظافة الشخصية المتمثلة بالاستحمام وتنظيف الأسنان وتصفيف الشعر وتقليم الأظافر وغيرها من المظاهر الخارجية، أمَّا الجانب الثاني: فهو متعلق بطريقة تعامله مع الأشياء والأدوات سواء المدرسية أو المنزلية، فهو لا يهتم بتنظيم كتبه ومذكراته المدرسية ولا يتذكر أين وضعها، كما لا يؤدي ما يُطلب منه أو يُكلَّف به من واجبات مدرسية، فالأدوات والكتب إمَّا أن تكون غير متوفرة لديه أو لا يعرف أين وضعها أو قد ينسى أن يحضرها معه من المدرسة، ولهذا فإنّ السلوك الفوضوي وعدم النظام يساهم إسهاماً فعّالاً في زيادة **فشل الطفل ذي نقص الانتباه والنشاط الزائد في إنجاز الواجبات أو الأعمال المُكلف بها (سيسالم ٢٠٠١: ٢٩).**

كما يشمل السلوك الفوضوي الذي يُحدِثه الأطفال زائدو النشاط أحداث الصفير أو الغناء أو الأصوات المشابهة لذلك، والتي تزعج المعلمين في الصف المدرسي، وكذلك أولياء الأمور في المنزل، وهذا السلوك الفوضوي يُسبب الكثير من المشاكل للأطفال زائدي النشاط وأقاربهم ومعلميهم وآبائهم (معوض، ١٩٩٢:٦١).

ويشير عبد المعطي (٢٠٠٣:٢٣٧) إلى أنّ الاضطرابات السلوكية تنتشر بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد خاصة السلوك العدواني، والسلوك المشكل والعناد والتمرد والمعارضة للآخرين وعدم الإذعان لأوامرهم وتعليماتهم.

▪ *الجانب المعرفي:*

عند مراجعة الدراسات التي تناولت معامل الذكاء المقاس وُجِد أن أطفال ADHD الفرديين فشلوا في اجتياز اختبارات معامل الذكاء بالكامل. على أية حال تلك الدراسات استخدمت العينات التي سُحبت من العيادات التي تُبلِّغ في أغلب الأحيان عن النتائج المنخفضة لحاصل الذكاء المقاس، وفي عام ١٩٩١ أعاد باركلي Barkleyالنظر في تلك الدراسات ليشير إلى أن طلاب ADHD كانت نتائجهم تقل عن نظرائهم ما بين ٧-١٥ درجة على اختبارات معامل الذكاء المعيارية وتضّمن ذلك أيضاً عينات أشقاء الـADHD.

وفي عام ١٩٩٥ استنتج باركلي Barkley أن السلوك المندفع شديد النشاط لديه علاقة فطرية متأصلة مع نقص معامل الذكاء اللفظي، بينما لاحظ أن هذه النتائج قد تعكس صعوبات انتباهية في تحُمل الاختبار وفي عام ١٩٩٨ وضّح باركلي Barkley موقفه في تقرير ذكر فيه أن طلاب ADHD بإمكانهم أن يعزفوا نغمات السلم الموسيقي من الموهوب فيهم حتى المتأخر عقلياً لكن تلك المشاكل الإدراكية كانت سمات أساسية لاضطراب ADHD.

في عام ١٩٩٦ استنتج Leung وآخرون بأن معامل الذكاء المنخفض والصعوبات الأكاديمية قد يكونان نتيجة لاضطراب ADHD بدلاً من أن يكونا سمة أساسية له.

في الحقيقة إن انخفاض معامل الذكاء قد يكون نتيجة مُفسرة للنتائج المنخفضة الموثّقة لاحقاً وليس في وقت سابق وفقاً لتدرج مستويات حاصل الذكاء (بمعنى: يتوجب قياس حاصل الذكاء لدى طفل ADHD بعد تشخيصه بهذا الاضطراب). (Leung& Connolly, 1998)، وفي دراسة أخرى بيّنت أن توزيع حاصل الذكاء بالنسبة لطلاب ADHD لم يكن مختلفاً عن نظرائهم العاديين (Kaplan et al , 2000)، والخلاصة: أنه عندما توجد فروقات في معامل الذكاء، فهو من المحتمل جداً أنه ناشئ عن اختيار الحالات الأكثر شدة بين أطفال ADHD من بين العينات السريرية المسحوبة (Light& Defries, 1995).

كما أنَّ هناك بعض الدراسات التي تُشير إلى تناقص حاصل ذكاء أطفال ADHD كُلّما تقدموا بالعمر (Loney,1974). دليل آخر، عندما أُحيل أطفال ADHD لتلقي خدمات التربية الخاصة كان ذلك مرتبطاً بإنجازهم المتدني في قاعة الدروس وليس نتيجة لمعامل الذكاء المنخفض (Fischer, Barkley, Edelbrock & Smallish,1990)، في المقابل لا يوجد أحد من طلاب ADHD الذين تلّقوا خدمات تربوية كان عنده إنجاز دراسي متدني أو حاصل ذكاء منخفض مقارنة بالطلاب الذين لم يتلّقوا مثل هذه الخدمات، لأنَّ العديد من النتائج المحتملة قد تنشأ فقط عن الفروق في معامل الذكاء، لذلك فإنه من المهم ضبط معامل الذكاء وفحص الأداء الأمثل- والفروق السلوكية لطلاب ADHD (Felton,Wood,Brown&Campbell,1987). بالإضافة لما سبق فإنّ المجموعات المتساوية في معامل الذكاء إحصائياً من طلاب ADHD يمكن توزيعهم إلى أنماط فرعية وفقاً لمعامل ذكائهم

وإنجازهم لتحديد تأثير هذه العوامل في مقدار العجز، ففي عام 2000 ميّز كلاً من Bonafina, Newcorn, Mckay, Koda, & Halperin بين أربعة أنواع فرعية للتقييم:

a- ADHD مع ذكاء متوسط وقدرة على القراءة.

b- ADHD مع ذكاء متوسط ولكن مع صعوبة في القراءة.

c- ADHD مع ذكاء عالي.

d- ADHD مع ذكاء منخفض وإنجاز متدني.

رابعاً-تشخيص اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد: -

لا توجد حتى الآن اختبارات طبية أو نفسية أحادية قطعية لتشخيص اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد، ولذا فقد كان توجُّه الباحثين والممارسين إلى الخصائص السلوكية المصاحبة أو المرتبطة بالاضطراب من حيث تكرارها وتواترها، ومصدرها وديمومتها (الزيات، ٢٠٠٢: ٤١٠).

وقد كان هناك اختلاف واضح حول هذا الاضطراب في الطبعات المختلفة لدليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية (Diagnostic& Statistical Manual Of Mental Disorder) منذ بداية ظهوره في الطبعة الثانية من الدليل (DSM-II) حيث ركَّز على عرضين أساسين للاضطراب وهما النشاط الزائد وقصور الانتباه، وفي الطبعة الثالثة (DSM-III,1980) ركَّز على ثلاثة أعراض أساسية: (النشاط الزائد، الاندفاعية، قصور الانتباه) وفيها تم التمييز بين فئتين للاضطراب (الفئة الأولى: تعاني من اضطراب بالانتباه والنشاط الزائد، والفئة الثانية: تعاني من اضطراب الانتباه دون النشاط الزائد).

إلَّا أنَّ كوفمان (Kauffman,1985: P.172) يرى أن تشخيص اضطراب قصور الانتباه دون نشاط زائد هو نفسه تشخيص اضطراب الانتباه مع النشاط الزائد، ما عدا أن الطفل لا يُظهِر اثنتان أو أكثر من السمات المذكورة مع النشاط الزائد، ونادراً ما نجد طفلاً ينطبق عليه تصنيف (ADD) ولا يُظهر على الأقل اثنتين من السمات المذكورة تحت مسمى النشاط الزائد، ولذلك فإنّ بعض الباحثين يوصي بإهمال تصنيف اضطراب قصور الانتباه دون نشاط زائد.

ولذلك تم التعديل في الطبعة الثالثة (DSM-III-R,1987) والتي عادت إلى الدمج الذي كان موجوداً في الطبعة الثانية، حيث يجب أن يتوفر ثمانية أعراض على الأقل من الأعراض التالية لكي نحكم على أنَّ الطفل يعاني من النشاط الزائد:

- عدم الاستقرار Restlessness.
- عدم البقاء في مكان واحد Unable To Stay still أو استمراره في عمل واحد لفترة ولو قصيرة.
- سهولة تشتيت أفكاره أو أعماله أو اهتمامه بسبب أي مثير خارجي.
- غير صبور.
- يسارع في الغالب بالإجابة على أي سؤال يوجه إليه حتى قبل أن يكتمل السؤال.

- لا يستطيع تنفيذ التعليمات التي توجه إليه خاصة التي تتعلق بالسلوكات المقبولة اجتماعياً.
- يفشل في التركيز على أداء مسؤولياته في الدراسة أو اللعب أو العمل.
- كثير وسريع الكلام.
- **يفتقد Inconsistency الرتابة في أداء الأنشطة المختلفة بدرجة لا يمكن التنبؤ معها بما سيكون عليه سلوكه.**
- يتميز بالصخب وعدم الهدوء في لعبه.
- يهمل أعماله ويتلف لعبه وأدواته وملابسه.
- كثيراً ما يفقد ويضيع ممتلكاته.
- **يندفع في أنشطته بتهور قد يؤدي إلى إصابته جسمياً أو تعرضه للأخطار دون أن يأخذ في الحسبان عواقب هذا السلوك.**
- لا يستطيع أن ينتظر دوره في اللعب أو غيره.
- سريع التنقل من عمل إلى آخر قبل إكمال العمل الأول.

وهذه الأعراض لابد أن تبدأ في الظهور قبل سن ٧ سنوات، وتستمر لمدة ستة أشهر على الأقل.

(American Psychiatric Association ,1987: P.52-53).

وجاء دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV,1994) ليحسم هذا الخلاف، حيث حدَّد لهذه المشكلة ثلاثة أبعاد: نقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية، كما حدَّد ثلاثة أنماط للاضطراب تختلف حسب درجة النشاط الزائد فيها:

١-اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (نمط مختلط): والذي يضم المحكات التشخيصية لقصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD).

٢-اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد: والذي تغلب فيه أعراض نقص الانتباه على النشاط الزائد.

٣-اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد: والذي تغلب فيه أعراض النشاط الزائد والاندفاعية.

ومما يؤكد تأثير هذا الاختلاف على تشخيص الاضطراب دراسة مورجان وآخرين (Morgan, etal.. 1996) لفحص صلاحية DSM-IV في تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والعلاقة بين تشخيصات DSM السابقة، حيث تم تشخيص 56 طفلا ومراهقا (أقل من عشر سنوات) لديهم اضطراب قصور الانتباه عن طريق DSM-III السابق وفقاً لشروط DSM-IV، وكشف تقييم المفحوصين وفقاً لشروط DSM-IV وجود (30نوعا غير منتبه و26 نوعا مركبا) تمت مقارنتهم من حيث DSM-III و DSM-III-R وتم تصنيفهم من قبل الآباء والمعلمين في متغيرات (ديموغرافية – سلوكية وإدراكية) حيث اتفقت التشخيصات مع اضطراب عجز الانتباه في DSM-III بينما لم تتفق مع تشخيص عجز الانتباه والنشاط الزائد DSM-III-R مع أي من الأنواع الفرعية لــــ DSM-IV.

والمحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه مع النشاط الزائد ADHD في هذه الطبعة أكثر حساسية من محكات الطبعة الثالثة المُعدَّلة في التعرّف على المضطربين، حيث استطاعت محكات الطبعة الرابعة التعرّف على هؤلاء الذين لم تتمكن محكات الطبعة الثالثة المُعدّلة من التعرف عليهم،

إضافة إلى أن محكات الطبعة الرابعة قد كانت أكثر نجاحاً في التعرَّف على الأطفال الإناث في عمر ما قبل المدرسة بالمقارنة مع محكات الطبعة الثالثة المعدلة (مجرية، ٢٠٠٠: ٣٥).

أما عن معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5:

أ-أن اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد هو اضطراب مستمر من عدم الانتباه و/أو النشاط الزائد – الاندفاعية الذي يتعارض أو يتداخل مع الوظيفة النمائية، وحُدد بــ (1) و/أو(2)

1-عدم الانتباه: يظهر في ستة أو أكثر من الأعراض الأتية:

- يجب أن يستمر لمدة ستة أشهر إلى درجة يكون متعارض مع المستوى النمائي بحيث يؤثر سلباً وبشكل مباشر على النشاطات الأكاديمية والمهنية والاجتماعية.
- الأعراض المذكورة ليست لمجرد إظهار السلوك المعارض أو العصيان أو التمرد، أو العدوانية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات.

-بالنسبة للمراهقين أو الراشدين الأكبر سناً من (عمر ١٧ سنة وما فوق)، يتطلب خمسة أعراض على الأقل.

الأعراض:

١- غالباً ما يفشل في تركيز انتباهه على التفاصيل أو يرتكب أخطاء تافهة في الواجب المدرسي، أو أي عمل أو نشاطات أخرى يقوم بها **(على سبيل المثال يُهمل أو يتجنب التفاصيل، يقوم بالعمل من غير دقة)**

٢- غالباً ما يجد صعوبة في المحافظة على الانتباه أثناء تأدية المهام او النشاطات (على سبيل المثال: يجد صعوبة في أن يبقى مركزاً انتباهه أثناء الدروس أو المحادثات أو القراءة المطولة)

٣- غالباً ما يبدو غير مصغياً أو منصتاً عند التحدث إليه بشكل مباشر (على سبيل المثال: يبدو عقله في مكان آخر، حتى مع غياب أي شرود أو تلهي واضح).

٤- غالباً لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الواجب المدرسي، أو العمال الروتينية (الاعتيادية) أو أي واجبات مترتبة عليه في مكان العمل (على سبيل المثال: يبدأ المهام ولكن بسرعة يفقد تركيزه ويؤجلها بسهولة)

٥- غالباً ما يجد صعوبة في تنظيم المهام والنشاطات (على سبيل المثال: لديه صعوبة في تدبير أو إدارة المهام المتسلسلة، وصعوبة في الاحتفاظ بالأدوات والممتلكات بالترتيب، أنه عمل فوضوي وغير منظم، لا يُحسن إدارة الوقت، يفشل في الالتزام بالمواعيد النهائية).

٦- غالباً ما يتجنب أو يكره أو يعارض أو يتردد بالانشغال في المهام التي تتطلب جهد عقلي مستمر. (على سبيل المثال: الواجب المدرسي أو الواجب المنزلي بالنسبة للمراهقين والراشدين الأكبر سناً، إعداد أو تجهيز التقارير، إكمال أو إنهاء الأشكال، مطالعة الصحف المطولة).

٧- غالباً ما يضيع أو يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو النشاطات (على سبيل المثال: الأدوات المدرسية أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات، المحَافظ، المفاتيح، العمل الكتابي، النظارات، الهاتف الجوال).

٨- غالباً ما ينشغل بسهولة ويتلهى بالمثيرات الغريبة. (بالنسبة للمراهقين والراشدين الأكبر سناً، ربما يتضمن الأفكار غير ذات الصلة).

٩- كثير النسيان في غالب الأحيان خلال النشاطات اليومية (على سبيل المثال: القيام بالأعمال الرتيبة، مهمات متواصلة بالنسبة للمراهقين والراشدين الأكبر سناً، الاستجابة للطلبات أو تلبية الدعوات، دفع الفواتير، حفظ المواعيد).

2-النشاط الزائد والاندفاعية:

- يجب أن يستمر لمدة ستة أشهر إلى درجة يكون متعارضاً مع المستوى النمائي بحيث يؤثر سلباً وبشكل مباشر على النشاطات الأكاديمية والمهنية والاجتماعية.
- الأعراض المذكورة ليست لمجرد إظهار السلوك المعارض أو العصيان أو التمرد، أو العدوانية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات.

-بالنسبة للمراهقين أو الراشدين الأكبر سناً من (عمر ١٧ سنة وما فوق)، يتطلب خمسة أعراض على الأقل.

الأعراض:

١- غالباً ما يبدو متململاً أو ينقر بيديه أو قدميه أو يتلوى في المقعد.

٢- غالباً ما يغادر أو يترك مقعده في الحالات التي تتطلب أن يبقى جالساً (على سبيل المثال: يغادر مقعده في الغرفة الصفية، أو في المكتب أو في أي مكان عمل أخر، أو في الحالات الأخرى التي تتطلب أن يبقى ثابتاً في مكانه).

٣- غالباً ما يركض أو يدور أو يتسلق في الحالات التي لا يكون هذا ملائماً فيها (ملاحظة: عند المراهقين والراشدين، قد يُحدد هذا بشعوره بعدم الارتياح).

٤- غالباً ما يبدو غير قادر على اللعب أو الانشغال في الأنشطة الترفيهية بهدوء.

٥- غالباً هو "في حالة نشاط دائم" يتصرف كما لو أنه "يتحرك بموتور" (على سبيل المثال: غير قادر أو غير مرتاح على أن يكون ساكناً أو هادئاً لفترة طويلة من الوقت كما في المطاعم، أو الاجتماعات وذلك لأنه ربما يُواجه من قبل آخرين لكونه لا يهدأ أو من الصعب الإبقاء عليه هادئاً).

٦- في أغلب الأحيان يتكلم بإفراط.

٧- غالباً ما يتفوه بالإجابة من غير تفكير وقبل إكمال السؤال (على سبيل المثال: يُكمل الجمل للآخرين، لا يستطيع انتظار دوره في المحادثة).

٨- غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (على سبيل المثال: أثناء الانتظار في الطابور).

٩- غالباً ما يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم (على سبيل المثال: يقحم نفسه في المحادثات ويتدخل فيها، أو الألعاب أو الأنشطة، وربما يبدأ باستعمال أشياء الآخرين دون استئذان أو سؤال، بالنسبة للمراهقين والراشدين قد يتطفل أو يستولي على ما يقوم به الآخرون).

أ- يجب أن تظهر عدة أعراض من نمط عدم الانتباه أو النشاط الزائد/الاندفاعية قبل عمر ١٢سنة.

ب- يجب أن تظهر عدة أعراض من نمط عدم الانتباه أو النشاط الزائد/الاندفاعية في موضعين أو أكثر (على سبيل المثال: في البيت، المدرسة، العمل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو في نشاطات أخرى).

ت- يجب أن يكون هناك دليل واضح على أن تلك الأعراض تتعارض أو تُخفّض من نوعية الأداء المهني أو الأكاديمي أو الاجتماعي.

ج-ألا تظهر هذه الأعراض بشكل خاص خلال فترة داء الفصام "الشيزوفرينيا" أو أيّة اضطرابات ذهانية أخرى وألا تتطور بالتوازي مع ظهور اضطرابات عقلية أخرى (على سبيل المثال: اضطراب المزاج، اضطراب القلق، الاضطرابات الفصامية، أو اضطرابات الشخصية، أو تسمم غذائي، أو انقطاع عن المخدرات).

نُفصِّل أو نحدد فيما إذا:

- ظهور مشترك أو موحد: إذا اجتمعت كلتا المعايير، معايير نمط عدم الانتباه ومعايير فرط الحركة/الاندفاعية مع بعضها خلال فترة ستة أشهر سابقة.
- ظهور نمط عدم الانتباه بالدرجة الأولى أو النمط السائد: إذا ظهرت معايير نمط عدم الانتباه غير أن معايير نمط فرط الحركة/الاندفاعية لم تظهر خلال فترة ستة أشهر ماضية.
- ظهور نمط فرط الحركة/الاندفاعية بالدرجة الأولى أو النمط السائد: إذا ظهرت معايير نمط فرط الحركة/الاندفاعية ولم تظهر معايير نمط عدم الانتباه خلال فترة ستة أشهر سابقة.

نُخصِّص إذا:

في حالة الهدوء الجزئي أو انخفاض حدة الأعراض جزئياً:

عندما تبدو أو تبرز كامل المعايير المذكورة سابقاً بدرجة أقل من كامل المعايير التي قد لوحظت خلال فترة ستة أشهر سابقة وما زالت الأعراض تؤدي إلى ضعف في أداء الوظائف المهنية أو الأكاديمية أو الاجتماعية.

توصيف الشدة الحالية:

- خفيفة أو ضعيفة: إذا كانت قلة من الأعراض في زيادة عن تلك المطلوبة لجعل التشخيص حاضراً، ولكنها لا تؤدي إلا لمجرد ضعف بسيط في أداء الوظائف المهنية أو الاجتماعية.
- معتدلة: إذا كانت الأعراض أو الضعف الوظيفي بين "خفيفة" و "حادة".
- شديدة أو حادة: إذا كانت معظم أو الكثير من الأعراض في ازدياد عن تلك المطلوبة للقيام بالتشخيص، أو عندما تؤدي الأعراض إلى ضعف ملحوظ وكبير في الأداء الوظيفي المهني أو الاجتماعي (DSM-5,2013: P59-65).

أمَّا في (ICD-10,1992) يُصنَّف هذا الاضطراب ضمن مجموعة اضطرابات الحركة المفرطة Hyperkinetic Disorder والتي تضم بدورها صعوبات في النشاط والانتباه Disturbance Of

Activity And Attention، اضطرابات الحركة المفرطة والمسلك (التصرف) Hyperkinetic Conduct Disorder واضطرابات فرط الحركة الأخرى Other Hyperkinetic Disorder، واضطرابات فرط الحركة غير المحددة Hyperkinetic Disorder Unspecified. وبالنسبة للدلائل التشخيصية للاضطراب في ICD-10 فيوضح أنَّ الملامح الجوهرية هي اضطراب في الانتباه وفرط النشاط وكلاهما ضروري للتشخيص، ويجب أن تكون واضحة في أكثر من حالة (مثل: المنزل، الصف المدرسي، العيادة) ويظهر اختلال الانتباه في شكل توقف مبكر عن المهام الجارية وترك الأنشطة دون استكمالها، وينتقل الأطفال كثيراً من نشاط إلى آخر، ويبدون كأنهم فقدوا اهتمامهم بمهمة ما لأن مهمة أخرى جذبتهم، ويجب تشخيص هذه النقائص من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل في حدود عمره وحاصل ذكائه IQ، والنشاط المفرط يعني ضجراً مفرطاً خاصة في المواقف التي تستدعي هدوءاً نسبياً وقد يصل تبعاً للموقف إلى حد الركض أو القفز حول المكان، أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل جالساً، أو الكلام والضجيج المفرط أو التململ والتلوي عندما يكون في مكانه.

وقياس النشاط الزائد عند الأطفال يمكن أن يتم بطريقتين: الملاحظة المباشرة Direct Observation، وأجهزة ميكانيكية متصلة بجسم الطفل Mechanical Devices، وبالنسبة للملاحظة المباشرة تتطلب ساعات كثيرة من العمل ومعرضة للخطأ وعدم الثبات، أمَّا الأجهزة الميكانيكية غالية الثمن ومعرضة للفشل، وكلتا الطريقتين معرضة للخطأ أثناء القياس (بمعنى أنه بإمكان الطفل أن يتصرف بصورة مختلفة عند تسجيل سلوكه عمّا إذا لم يكن يلاحظ أو يسجل له)، أمَّا بالنسبة لمشكلة التفاعل ربما يمكن التغلب عليها وقتياً، حيث يتكيف الطفل على وجود ملاحظ ويعتاد أن يملك أداة ميكانيكية متصلة بجسمه، حتى مع ذلك لا يمكن الافتراض أن هذه القياسات تمثل بصورة دقيقة سلوك الطفل الفعلي (Kauffman,1985: P.172-173).

كما تشير علا عبد الباقي إبراهيم (٤٧:١٩٩٩) إلى أنَّ تشخيص النشاط الزائد عملية تحتاج إلى جمع ملاحظات عن الطفل من الوالدين والمعلمين أو المربين والإخوة الكبار، حيث تظهر أعراض النشاط الزائد في سلوك الطفل في المنزل أو المدرسة، ومن ثم تعرض قائمتين الأولى تخص الأطفال في مرحلة الروضة، والثانية للأطفال في مرحلة المدرسة الابتدائية.

ويُعتبر تشخيص طب النفس العصبي هو تشخيص فارق يتميز بالنمو والتقدم، وقد يصلح لدراسة الطفل ذي النشاطية الزائدة، وهذا التشخيص مداه واسع وعريض، ويأخذ في اعتباره كل مصادر المرض في كل أجهزة الجسم والمخ، ويضعها في صورة طبية متكاملة تعتمد على الفحوص الفسيولوجية والتحليلات الكيميائية والباثولوجيه والفحوص العصبية في تناسق متكامل لتقييم المريض (سيدني ووكلر، ٢٠٠٣: ٢٠٨).

كما أن مقاييس التقدير Rating Scales غالباً ما يتم استخدامها عند تقييم سلوكات الفرد والتي يمكن استخدامها بواسطة الوالدين أو المدرسين أو الطفل أو المراهقين الذي يتم تقييمه ثم تحلل وتقارن النتائج

مع معايير ثابتة (Silver,1998: P.222)، ومن أشهر مقاييس التقدير استبيان المدرس (TQ) Teacher Qwestionnaire واستبيان الوالدين Parent Qwestionnaire الذي وضعه كيث كونرز C-Keith Conners (Kauffman,1985: P. 173).

ويذكر الأدغم وزملاؤه (١٩٩٩) أنّ أكثر المقاييس استخداماً في مجال تشخيص حالات اضطراب الانتباه هي على الترتيب: قوائم الملاحظة لسلوك الطفل خاصة مقياس "كونرز" للنشاط ومقياس "وكسلر" المعد لذكاء الأطفال (الحساب وإعادة الأرقام والشفرة) في تشخيص التلاميذ مضطربي الانتباه مفرطي النشاط وتُعتبر مقاييس تقدير سلوك الطفل بسيطة وسهلة الاستخدام، وتكون من أكثر الأدوات شيوعاً واستخداماً في معظم البحوث، وتعتمد أساساً على تقدير الآباء والمعلمين لسلوك الطفل في البيت وفي المدرسة، وهذا النوع من المقاييس يساعد على تشخيص الاضطرابات السلوكية عند الطفل (كشك، ٢٠٠٢:٤٤).

كما أن هناك اختبارات ترتكز على الكمبيوتر Computer-Based Tests وهي اختبارات تم وضعها باستخدام الكمبيوتر لتقييم قدرة الطفل أو المراهق على البقاء منتبهاً، وهناك أيضاً اختبارات الأداء المستمر The Continuous Performance Tests (CPT)، واختبارات متغيرات الانتباه Test Of Variable Of Attention(Tova) وهي الأكثر استخداماً (Silver,1998: P.233).

ويقترح الخبراء معايير ثلاثة لتقرير متى يكون سلوك التلميذ مشكلة خطيرة تستوجب التشخيص والتدخل العلاجي:

٠١ عندما يكون سلوك الطفل صعب جداً أو يؤثر بشكل سلبي على التلاميذ الآخرين.

٠٢ عندما يُظهر التلميذ مشكلات أكاديمية وسلوكية (الحدث المشارك).

٠٣ عندما تفشل المحاولات البسيطة في أن تُحدِث تغيير كافٍ في السلوك.

ويمكن إجمال مراحل التشخيص بالخطوات التالية:

الخطوة الأولى: إعداد وثيقة تتضمن قياس حدة الخصائص الأولية لاضطراب ADHD من خلال السياق العام في البيت والمدرسة، وإنّ أغلب المقاييس المستخدمة في تشخيص ADHD هي مقاييس لتقدير أو تصنيف السلوك، حيث تزودنا هذه المقاييس بما يلي:

أ -بيانات معيارية جُمِعت من قبل الآباء والمعلمين في البيئة المنزلية والمدرسية.

بـ -تقييم السلوك المتكرر قليلاً/أو كثيراً.

جـ-تقييم كمي للسلوك بحيث يكون غير مكلف وسهل التطبيق إلى حدٍ ما.

إنَّ مقاييس التقدير المتعددة والمتوفرة والمتاحة للجميع تزودنا بأدوات تشخيص موثوقة ومعوّل عليها وصحيحة لتشخيص ADHD وهي غالباً ما تستند على معايير الدليل DSM-IV-TR ووفقاً لهذه المعايير يمكن تصنيف التلاميذ إلى واحد من أنماط ADHD الفرعية (Zentall, etal,2006:24).

الخطوة الثانية: إعداد وثيقة تحوي معلومات عن الضعف من الناحية السلوكية/ والاجتماعية للتلميذ داخل الغرفة الصفية. إنَّ للملاحظات قصيرة المدى داخل الغرفة الصفية ثلاث فوائد مهمة حيث تُغني التوثيق بما يلي:

أ- نمط السلوك ومدى تكرار حدوثه/ حدة السلوك المشكل.

ب- تقييم مدى فعالية التدخلات من خلال تقييم التغيرات السلوكية، بمعنى: إجراء تقييم للسلوك ما قبل التدخل وما بعد التدخل.

جـ-تحديد مدى تأثير الصعوبة على السلوك الاجتماعي لتوثيق الضعف أو القصور، فالملاحظات الصفية تتجه إلى حدٍ كبير إلى الربط بين معدل الإنتاج الأكاديمي وتقديرات المعلمين *عن* ADHD (Dupaul, 1991).

بالإضافة إلى أن الملاحظة أقل تكلفة من ناحية الوقت والجهد، حيث تتم مراقبة أنماط محددة من السلوك وهي البارزة بشكل واضح وتسجيلها، فالسلوك الذي يتسم به طلاب ADHD في الغرفة الصفية بالإضافة للمنزل يتضمن ما يلي:

٠١النشاط: صعود على المقعد ونزول تحته، ثرثرة/إصدار ضجيج.

٠٢عدم الانتباه: تغيُّرات في تركيز الانتباه أثناء اللعب أو النشاطات غير المقيدة، تلهي بصري عن المهمة، تعطيل لفظي للمهمة على سبيل المثال: خروج عن موضوع المهمة.

٠٣الاندفاعية الاجتماعية: مقاطعة الآخرين، إثارة الفوضى.

٠٤السلبية الاجتماعية:

- لفظياً: يعارض/يتجادل /يتأمر/التفوه بعبارات لفظية.
- جسدياً: احتكاك جسدي سلبي مع الآخرين، أو عدم التزام بالتوجيهات، أو عدم أداء ما هو مطلوب منه أو المهمة المخصصة له (Zentall, 1985a). عند تسجيل هذه الأنماط من السلوك تكون المقارنة ممكنة في نفس المكان باستخدام الطلاب العاديين الذين هم في نفس العمر العقلي ونفس الجنس والحالة الاجتماعية والمادية (Zentall,1980)، كل طالب يجب أن يُراقَب لمدة خمس دقائق بالترتيب المتبادل مع الطلاب الآخرين.

تتطلب الممارسات التشخيصية تقييماً مستقراً وثابتاً لمدى تكرار حدوث السلوك ولهذا السبب يجب أن تكون الملاحظات متكررة على طول الأيام وفي مختلف الأماكن والأوضاع، وضمن نطاق ١٠-٣٠ دقيقة، (وأكثر من هذا إذا كان هناك تغير أو تقلب في السلوك) حيث يجب أن يُراقب لمدة ١٥ دقيقة. يُقال بأن الضعف الاجتماعي البالغ الأهمية يحدث عندما توجد فروق في كمية السلوك الملاحظ بين طفل ADHD وبين زملائه في الصف، غالباً ما يكون الفارق بنسبة ١٠% بينهما (على سبيل المثال: سلوك الخروج عن المهمة الملاحظ لديهما، بالنسبة للأولاد العاديين = ٢٣%، وبالنسبة لأولاد ADHD = ٣٣%، أمَّا أولاد ADHD المشار إليهم سريرياً = ٣٧% (Jones, Looney, Weissenburger & Fleischman, 1975).

الخطوة الثالثة: وثيقة الضعف من الناحية التربوية:

يمكن استخدام الناتج الأكاديمي (على سبيل المثال: العمل المستقل أو عينات من الواجب البيتي) لتوثيق الضعف التربوي البالغ الأهمية، هذا وتتضمن الأنماط المحتملة للأداء الصفي اليومي ما يلي:

١-البدء: وتشير للوقت المأخوذ للبدء بالمهمة أو للاستجابة للتوجيهات.

٢-التنظيم: ويشير إلى التقديرات عن تنظيم العمل الكتابي أو المقعدي أو تنظيم الخزائن الخاصة بالطفل.

٣-الدقة: وتشير للنسبة المئوية للعمل المنجز على نحو صحيح أو دقيق.

٤-الاستمرارية: وتشير إلى المحافظة على الجهد أثناء العمل مع مرور الوقت.

٥-الإنتاج: ويشير للنسبة المئوية للعمل الذي تم إكماله أو العمل الذي تم تسليمه.

.(Zentall & Javorsky, 1995)

واحدة أو أكثر من هذه المؤشرات يمكن استخدامها لتوثيق مدى تأثير الاضطراب على الأداء، وإن أكثر المؤشرات شيوعاً والذي تستخدمه المدارس هو المؤشر الدال على الإنتاج، والذي يمكن من خلاله تحديد ما إذا أكمل التلاميذ جزءاً فقط من الواجب المفروض عليهم.

إنَّ المشكلات الأكاديمية لطلاب ADHD تُقيَّم من خلال التفاوت بين حاصل ذكائهم الكامن وبين معدل إنتاجهم الأكاديمي، وليس من خلال التفاوت بين القابلية أو الاستعداد وبين اختبارات التحصيل (Cohen, Ricco& Gonzalez, 1994)، فالنسبة المئوية للاختلاف في الأداء بين طفل ADHD وطفل عادي مقارن به (على سبيل المثال: ١٠% لصالح الطفل العادي) يمكن أن تستخدم للدلالة على تأثيرات ADHD على الأداء الأكاديمي.

الخطوة الرابعة: تقرير عن حالات صعوبات الحدث المشارك:

تتضمن هذه الخطوة تقريراً فيما إذا كان هناك صعوبات حدث مشارك، فإلى حدٍ ما تلاميذ ADHD لديهم نتائج انفعالية ثانوية من العدوانية، واضطراب التحدي المعارض، أو اضطراب المسلك، أو الكآبة أو القلق.

فالقلق مثلاً يمكن أن يغيَّر الطبيعة العادية للنشاط من متقلب إلى متكرر (على سبيل المثال: المواضيع المتكررة من المحادثات، أو التشنجات اللاإرادية، الارتعاشات، العادات) هذه السلوكات المتكررة قد تحدث أيضاً عندما تكون جرعة المنبه النفسي عالية جداً.

الخطوة الخامسة:

تتضمن هذه الخطوة تحديد الأولوية من حيث الأهمية بين الاضطرابات عندما يكون هناك عدة اضطرابات حدث مشارك، وكما هو الحال في أغلب تعاريف الاضطرابات يوجد هناك حالات استبعاد، وقد ذُكِر في الدليل (DSM-IV-TR) أنه يجب ألا يتم تقدير وتفسير النماذج السلوكية الملاحظة على حساب تشخيص الاضطرابات الأخرى مثل: اضطراب المزاج، اضطراب القلق، الفصام، أو الاضطرابات الشخصية.

فتشخيص ADHD لا يمكن أن يتزامن مع اضطرابات الفصام المزمن أو مع الاضطرابات الذهانية الأخرى، أمَّا إذا كان السلوك العدواني والاضطرابات الانفعالية متقدمة على خصائص ADHD من حيث تاريخ حدوثها فإنَّ هذه الاضطرابات قد تكون اضطرابات أوليَّة لـ ADHD وعليه قد يكون من المهم جداً تحديد زمن بداية العدوانية أو القلق أو الكآبة وعلاقتها بـ ADHD.

الخطوة السادسة: استبعاد ردود الأفعال اتجاه الأحداث النفسية والجسدية:

تتطلب الخطوة النهائية ملاحظة النمط السلوكي بحيث لا يكون حالة مؤقتة نتيجة لتحرر الطفل من عقده النفسية اتجاه الأحداث الخارجية، فالأطفال بسبب الهجوم المفاجئ ونتيجة لاضطراباتهم قد يُبدون ردود أفعال غير طبيعية تتجاوز الرضوض أو الجروح (على سبيل المثال: التصرف بما هو خارج عن المألوف) استجابة لـ:

١-أحداث عائلية: على سبيل المثال: طلاق الأبوين، أو موت أحد أفراد العائلة أو أحد المعارف المقربين.

٢-تجاهل عاطفي أو إساءة معاملة جنسية.

٣-معطلات بيئية: على سبيل المثال: تغيّر في مكان الإقامة أو السكن أو المدرسة.

٤-كوارث طبيعية أو من صنع البشر.

باستثناء النسب المئوية البسيطة من الأطفال الذين هم عُرضة للحساسية الشديدة اتجاه بعض المواد، فإنَّ النظام الغذائي لم يرتبط أو يترافق بشكل مزمن مع ADHD، وقد أُثبِّت هذا لبعض الوقت من خلال المقالات المكتوبة والمنشورة (على سبيل المثال: Barkley, 1997a). من ناحية ثانية، عندما يكون لطلاب ADHD حساسية تجاه أطعمة معينة، أو عندما يتملك الآباء اعتقاد بأن طفلهم عنده حساسية تجاه أصبغة الطعام الصناعية، فإن إزالة هذه المواد يمكن أن يُخفِض الصعوبات السلوكية المحسوسة من قبل الآباء (Schab& Trinh ,2004).

خامساً-النظريات المفسرة والعوامل المؤدية لاضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد: -

١-النظرية البيولوجية: -

تُرجِع النظرية البيولوجية اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد إلى عوامل وراثية أو بيولوجية نتيجة حدوث خلل في وظائف المخ أو تغييرات أو تسمم أثناء الحمل إذ ينتج عن ذلك عدم اتزان كيميائي حيوي واضطراب في النشاط ووظائف الجهاز العصبي المركزي ومن ثم فإن النظرية تستخدم في علاجها العقاقير والجراحة والتمارين لخلايا المخ، ولهذا تراعي هذه النظرية دور كل من العوامل الوراثية والبيئية والنفسية إذ تلعب تلك العوامل دور العامل المهيأ أو الكامن في ظل وجود اضطراب ADHD لدى الطفل في نشأة سلوكه إذ أن النشاط الفيزيولوجي العصبي للطفل قد يتأثر بالعوامل الوراثية وخبرات الطفل (محمد علي ٢٠٠٦: ٣٨).

٢-نظرية المخ الأيمن / المخ الأيسر: -

ترى هذه النظرية أن الأشخاص الذين يستخدمون الجزء الأيسر من المخ في تشغيل المعلومات يكونون منطقيين، متعلمين، سمعيين، وبصريين، وتفيد هذه النظرية بأنَّ الأطفال الذين يعانون من ADHD

يستخدمون الجانب الأيمن من المخ في أساليب التعلم واستعمال المعلومات ويُظهرون ميلاً لأن يكونوا متعلمين حركيين ولمسيين وفي أغلب الأحيان يُساء فهم هؤلاء الأطفال ويُعتبرون أنهم مثيرون للشغب ومسببين للمشاكل (محمد،٢٠١٢: ٢٦٤).

ويقترح مؤيدو هذه النظرية أنه يمكن مساعدة هؤلاء الأطفال بوسائل بسيطة مثل تزويد الطفل بكرة مطاطية لكي يستخدمها في تشغيل حاسة اللمس كذلك يتوجب على الوالدين أن ينادوا الطفل ويحاولوا لمس كتفه أو ذراعه قبل أن توجه إليه أي تعليمات حتى يستجيب لها (Hantko, 2002:152).

٣-نظرية التفكك: -ظهرت هذه النظرية في عام (١٩٦٠) حيث تؤكد على أن الأفراد الذين لديهم زيادة مفرطة في ردود أفعالهم تجاه البيئة في النواحي الآتية:

- النواحي النفس حركية.
- الحاجة إلى الأمان.
- تقدير الذات.
- الخجل.
- الاهتمام بالآخرين.
- الانقياد للشهوة الجنسية.
- التخيل.
- العلاقات الانفعالية.
- السلوك الذهني أو العقلي.
- الاكتئاب.

هذه العلامات شائعة لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (أبو شوارب ٢٠١٣: ١٨-١٩).

٤-نظرية الاستجابة للضغوط: -ظهرت هذه النظرية عام (١٩٧٣) على يد صاحبها (برونو وبتيلهم) Brouno&Bettelheim وأشارت هذه النظرية إلى أن اضطراب ADHD يظهر لدى الطفل الذي لديه استعداد للإصابة بهذا الاضطراب نتيجة أساليب التنشئة المتسلطة من قبل الآباء فإذا اجتمع الاستعداد لظهور الاضطراب مع وجود نمط والدين غير صبورين ومستاءين من تصرفات هذا الطفل فإن هذا الطفل سيصبح غير قادر على تلبية مطالب والديه ويغلب على سلوكه الفوضى وعدم الطاعة وبذلك يستجيب للنشاط المفرط عندما يتعرض لضغوط بيئية تفوق قدرته على التحمل. إنَّ الأُسر غير المستقرة يكون أطفالها أكثر عُرضة لهذا الاضطراب فالخلافات الزوجية وارتفاع مستوى الضغوط ومشاعر عدم الكفاءة الوالدية والتمزق الأُسري والعلاقة السلبية بين الطفل والأم تؤدي إلى ظهور هذا الاضطراب (أبو شوارب المرجع السابق ص١٩).

٥-نظرية التعلم الاجتماعي: -

تتمحور هذه النظرية حول سلوك الفرد في بيئته ومجاله الاجتماعي ونوعية تفاعله في بيئته والمتغيرات المحيطة به إذ أنَّ ميل الطفل إلى الحركة والعدوان في الصف الدراسي يتم النظر إليه

بصورة متصلة لمعرفة سلوك المحيطين به من أصحابه وزملائه ووالديه ومعلميه ونظام المدرسة ورغباته وإمكاناته العصبية والنفسية، إذ يتم النظر إلى الوسط المحيط بالطفل وليس للسلوك المشكل لديه وذلك للوصول إلى تفاعل مُرضي بين الطفل وبيئته، واستناداً لذلك فإنَّ المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل مرجعها إلى الظروف البيئية المحيطة به وإلى العوامل الاجتماعية والنفسية غير المواتية التي مرَّ بها خلال عملية التنشئة الاجتماعية سواء كان في البيت أو المدرسة (محمد علي ٢٠٠٦: ٣٩).

وقد اتجهت التفسيرات للإفراط في النشاط الحركي بصفته سمة مزاجية في ضوء التعلم الاجتماعي، وإلى ذلك يشير كوفمان إلى أن غالبية الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة يكتسبون هذا السلوك من خلال ملاحظة السلوك الحركي المرتفع لدى أحد الوالدين أو الأخوة وتقليده، ولكن هذا لا يعني أن هناك أدلة كافية على أن النشاط الحركي المفرط ينتج عن التعلم الاجتماعي غير الملائم فقط (الشريف،١٩٩١).

إذاً فنظريات التعلم الاجتماعي تؤكد على أن الخبرات السيئة ينتج عنها حالة من الإثارة الانفعالية، ويتعلم الطفل الكثير من الاستجابات عن طريق الملاحظة والنمو المحتذى الذي يختلط به الطفل أو ما يراه عبر وسائل الإعلام خاصة النماذج التي تتلقى إثابة وتعزيز، أو أنها لا تتعرض للتوبيخ أو العقاب على سلوكها غير المرغوب فيه (زويد، ٢٠٠٢: ٥٧-٦٨).

٦-النظرية السلوكية:

تنطلق هذه النظرية من عدة مسلَّمات منها: أنَّ السلوك الإنساني سواء البسيط منه أو المركب يخضع في غالبيته لعوامل مكتسبة، وأنَّ السلوك الشاذ أو المرضي يُكتسب نتيجة لأخطاء في التعامل، وأن ما يكتسبه الطفل من أخطاء أو اضطرابات سلوكية يمكن للطفل أن يتوقف عنها، بمعنى آخر يُعالج منها إذا ما عدلّنا الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها، وحتى إذا كانت هناك أسباب عضوية للاضطراب السلوكي فإن العادات السلوكية قد تم تكوينها خلال تنشئة الطفل وتربيته، ومن ثم إذا تم تغيير الظروف التي أحاطت بتكوين تلك العادات السلوكية المضطربة، أمكن علاج تلك الاضطرابات السلوكية (علا عبد الباقي إبراهيم ١٩٩٩: ٦٠).

تُشير زينب شقير إلى تفسير النظرية السلوكية لفرط النشاط بأنَّ هذا السلوك المضطرب يُعتبر نمطاً من الاستجابة الخاطئة أو غير السوية المتعلّمة والمرتبطة بمثيرات منفرة يحتفظ بها الفرد ويستخدمها في تجنب مواقف أخرى غير مرغوبة (كشك، ٢٠٠٢:٢٠).

حيث يمر الطفل خلال مراحل نموه بالعديد من المتغيرات السلوكية والتي تقتضي وجود مجموعة من المطالب الهامة لهذه المرحلة وتلك التغيرات، ونظراً للتعقيد الشديد فيها فإنَّ الطفل يتعرض لضغوط تترك عليه آثاراً سلبية لإصابته بـ ADHD ومطالب النمو المؤثرة أو ما يمكن اعتبارها في حالة آثارها السلبية عوامل مسببة لسلوك ADHD وهي:

١-علاقة والتصاق الطفل بوالديه.

٢-المبادأة Initiative وقيمة الذات Self-Worth.

٣ ـالضبط الذاتي وتنظيم الذات Self-Regulation & Self-Control.

٤ـالنمو المعرفي.

٥ـالنمو العاطفي.

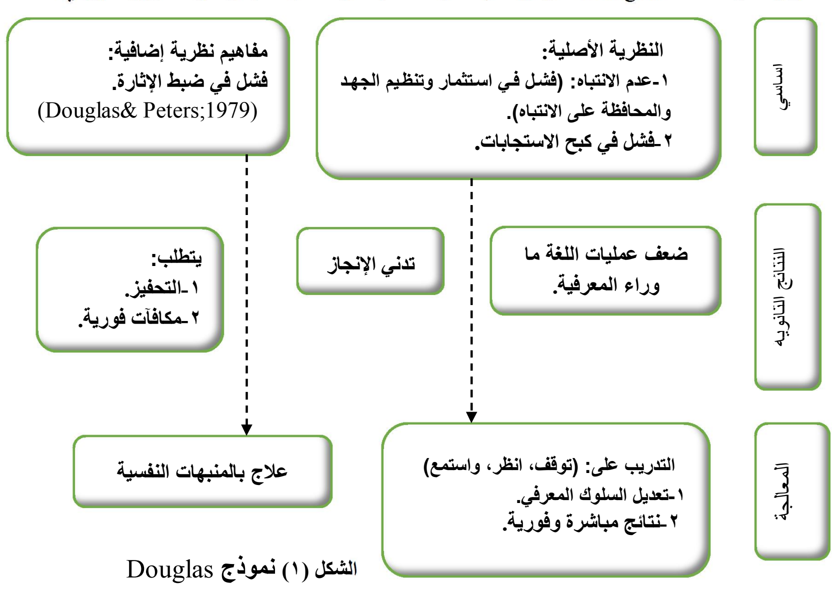
٦ـالتفاعل الاجتماعي مع الأقران.

٧ـالعلاقات المدرسية (الدوة، ٢٠٠٣: ٦٥).

٧ـنموذج عدم الانتباه لـ دوغلاس Douglas:

لقد تطور نموذج دوغلاس عن اضطراب ADHD مع مرور الوقت، ففي عام (١٩٧٢) وصفت النقص في الانتباه في اضطراب ADHD على أنه فشل في استثمار أو تنظيم الجهد والمحافظة على الانتباه (وفشل في السيطرة على الاندفاعية) (الشكل ١)، كما أنَّ عدم ضبط الاندفاعية والانتباه أظهر بعض الآثار مثل: فشل استعمال اللغة في الضبط الذاتي، تدني التحصيل الدراسي، وسوء الأداء الأخلاقي والسلوكي والاجتماعي.

إنَّ المبادئ الأساسية لنموذج دوغلاس في المعالجة وُصِفت بـ " **توقف، انظر، واستمع**"، "**توقف**" كانت موجهة إلى خاصية الاندفاعية، و"انظر واستمع" كانتا موجهتين إلى تركيز الانتباه. إنَّ استخدام اللغة (من قواعد، مُسائلة ذاتية، واستراتيجية التدريب الفظي) كانت لمساعدة الأطفال على تركيز الانتباه والمحافظة عليه لكي ينضبط بالمعايير، وقد طُبِقت هذه التقنيات بشكل أفضل من قبل المعالجين والمستشارين، وفي عام (١٩٧٩) تم التقديم مع الدليل المزايا الإيجابية و "مساوئ" التنشيط والإثارة المتزايدة، وأضافت Douglas التركيبة الإضافية للتنشيط أو الحاجة للإثارة أو التعزيز الفوري.



الشكل (١) نموذج Douglas

٨ـنموذج الكبح لباركلي Barkley:

قدَّم باركلي نموذجه المفصَل عن ADHD (لكن ليس عن ADHD-I) (الشكل ٢) مع تقديمه المسبب الذي يقع في المنطقة ما قبل الجبهية من الدماغ (Barkley,1997B-1998A) بحسب باركلي: إنَّ المشكلات في المنطقة القشرية ما قبل الجبهية تُسهم في الاستجابة للاندفاعية (بمعنى آخر: فشل في كبح الاستجابات القوية، لإيقاف أو إعاقة الاستجابة المستمرة، أو لكبح الاستجابات المتضاربة خلال فترات التأخير). بكلمات أخرى: هناك تأكيد على الفشل في إيقاف النشاط (كبح الحركة) بدلاً من التركيز على فهم العوامل التي تُسهم في الحركة المفرطة، ففي هذا النموذج، الفشل في الكبح يؤثر في أربعة قصورات إدراكية أساسية تُدعى: قصور في العمليات التنفيذية:

١ ـضعف في ضبط المزاج والتحفيز والتنشيط الداخلي (الضبط الذاتي):

إنَّ أطفال ومراهقي ADHD يواجهون مشكلات في ضبط انفعالاتهم ومستويات الإثارة بالنسبة لهم حيث غالباً ما يتسّمون بفرط النشاط فيما يتعلق بخبراتهم السلبية والإيجابية، وفي هذا الإطار نجدهم على سبيل المثال يصرخون عالياً عند سماعهم لخبر سار ولا يتمكنون بالتالي من السيطرة على انفعالاتهم، وبالطريقة نفسها، فإنهم غالباً ما يسارعون في إظهار الغضب عندما تواجههم بعض الخبرات المحبطة.

٢ـفشل في تحليل السلوك وإعادة تركيب سلوك جديد (إعادة تشكيل):

إنَّ هؤلاء الأطفال عادة ما يجدون صعوبة في تحليل المشكلات التي تواجههم، وفي توصيل الحلول المختلفة للآخرين، كما أنَّهم يكونون أقل مرونة عندما تواجههم مواقف مشكلة، وغالباً ما تتسم استجاباتهم المختلفة بالتهور والاندفاعية، وتتمثل بالتالي في أول ما يخطر ببالهم بخصوص هذا الشيء أو ذاك.

٣ـفشل في احتواء الكلام ذاتياً (داخلياً):

إنَّ الأفراد الذين يعانون من اضطراب ADHD عادة ما يتعطل لديهم الحديث الداخلي Inner Speech والذي يُعدّ بمثابة ذلك الصوت الداخلي الذي يسمح لهم بالتحدث إلى أنفسهم عن تلك الحلول المتعددة لمشكلة معينة أثناء قيامهم بحل إحدى المشكلات، ومما لا شك فيه أنّ أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين يعانون كذلك من قصور حديثهم الداخلي تواجههم مشكلات في توجيه سلوكهم في تلك المواقف التي تتطلب منهم القدرة على إتباع القواعد والتعليمات.

٤ـضعف الذاكرة العاملة:

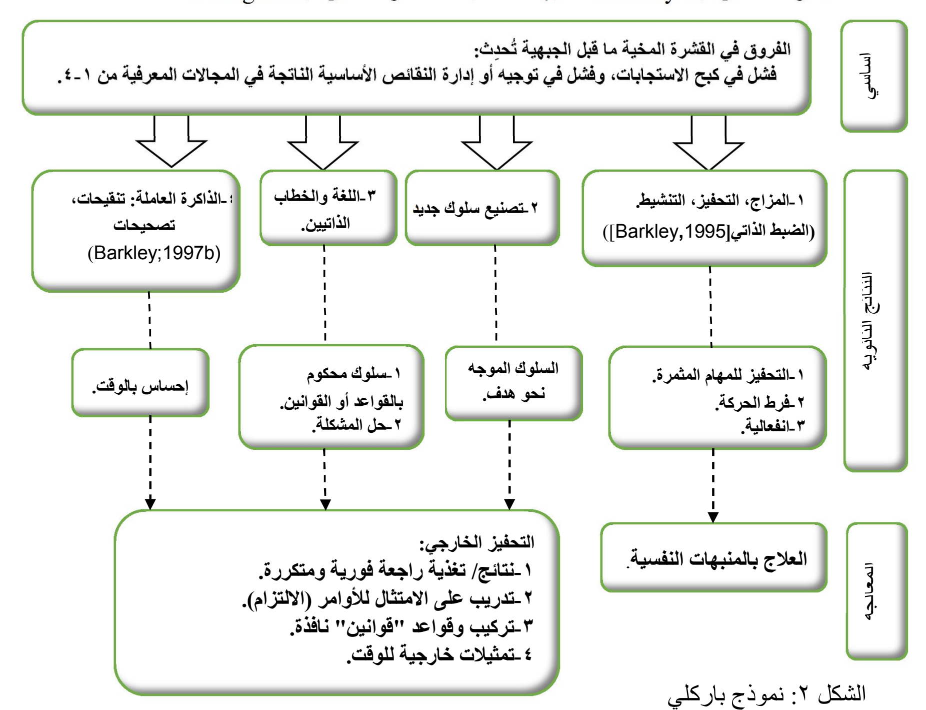
إنَّ هؤلاء الأفراد عادة ما يعانون من عدَّة مشكلات في الذاكرة العاملة والتي تُشير إلى قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات في ذهنه بحيث يمكن أن توجه سلوكه إمَّا في الوقت الراهن أو في المستقبل القريب، ويمكن أن يؤدي القصور في الذاكرة العاملة لديهم إلى النسيان، والإدراك المؤخر أي إدراك الشيء بعد وقوعه، والتروي Forethought ومشكلات في إدارة الوقت (هالاهان وكوفمان ٢٠٠٨: ٣٨٩).

إنَّ هذه العيوب في الوظائف التنفيذية تُوضِّح على المدى البعيد أنَّ العيوب في الذاكرة العاملة (أي عدم القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات في الذهن لعدة أغراض منها: التذكر، التخطيط، وإعادة التفكير)، تؤدي مع الوقت إلى صعوبات (على سبيل المثال: انتظار المكافأة المؤجلة). لقد أوضح باركلي Barkley أنَّ أطفال ADHD غير قادرين على ربط التفاوت بين الوقت "أو الفجوة" وبين الاستجابة والمكافأة بسبب ضعف الذاكرة العاملة وعدم القدرة على التنظيم الذاتي للأحداث البعيدة، بكلام آخر: إنَّ إبطال الحركة التنفيذية يؤدي إلى "سلسلة من المشكلات المتدفقة بكثرة" (Nigg, 2001; P:583).

وللمعالجة يقترح باركلي Barkley على وجه الخصوص ما يلي:

١-البدء بالعلاج الطبي بشكل أبكر، والذي يتطلب امتثال للأوامر لفترة أطول، والتي من المفترض أن تكون موجهة للصعوبات في كبح الاستجابة.

٢-استخدام النتائج الفورية، والتي من المفترض أن تكون لتفادي متطلبات الذاكرة العاملة هذه الاقتراحات من قبل Barkley مشابهة للمعالجات المفترضة من قبل Douglas.



الشكل ٢: نموذج باركلي

٩-نظرية الإثارة المعتدلة لـ Zentall:

قُدِّمت نظرية الإثارة المعتدلة بالأصل كتفسير عام للنشاط عند جميع الكائنات الحية، ففي عام (١٩٥٥) اقترح كلاً من Hebb و Leuba بأنَّ الدماغ يحتاج للإثارة للمحافظة على سلامته ووظيفته، فالأداء الفعلي والحقيقي يعتمد على كلٍّ من الإثارة المتوافرة في المكان والفترة الزمنية وعلى ما زُود به الطفل من عوامل داخلية مثل: التعب أو الإعياء، والمستويات الهرمونية، والأدوية المخدرة، فعندما تكون الإثارة الخارجية والإثارة المتوافرة داخلياً غير معتدلة، عندئذٍ يقوم الأطفال بتنظيم إثارتهم الخاصة عن طريق إحداث تغييرات في نشاط إقدامهم أو إحجامهم عن الإثارة، وإحداث تغيرات في استجاباتهم الانتباهية. لقد طُبِّقت نظرية الإثارة المعتدلة للمرة الأولى على طلاب ADHD في عام ١٩٧٥ (Zentall, 1975)، وتحدد المعلومات التالية الاستجابات من قبل أطفال ADHD عندما لا يُحفزَّون بشكل كاف وتضع النقاط الأساسية لإحداث توقعات عند إجراء البحث على نظرية الإثارة المعتدلة.

ملاحظة: السلوك المُتبع لتعديل الإثارة

أ-النشاط:

١• النشاط المتزايد الذي يمكن ملاحظته من خلال الثرثرة والتململ.
٢• التقلب المتزايد (عدم التكرار) في الاستجابات النشطة.
٣• سلوك المخاطرة المتزايد.
٤• وقت التأخير المتناقص بين الاستجابات (صعوبة الانتظار والاندفاعية) الذي يُلاحظ:
اجتماعياً: كالمقاطعة أثناء الحديث، إفشاء الأسرار، التفوه بالكلام من غير تفكير، الفوضوية، حب الزعامة.
أكاديمياً: كالتخطيط الضعيف، وقلّة التنظيم.
تكيفياً: كالحوادث المتكررة.

ب-الانتباه:

١• المدة: مدى انتباه قصير والذي يبدو من خلال المتابعة الناقصة، الخروج عن المهمة، وتبديل المطلوب.
٢• التركيز الانتقائي على الأفضليات الانتباهية لـ: المثير الجديد والغريب الخارجي، يُلاحظ في الفشل بالاهتمام بالمتطلبات الداخلية مثل: الاستراتيجيات، القيم، الأحاسيس الرقيقة، والأفكار.
٥-المثير الجديد والغريب المعرفي، يُلاحظ من خلال مواد القراءة المثيرة، أو الأفكار أو الاهتمامات.
٦-تجارب انفعالية شديدة مثل:
* نشاطات محظورة "غير قانونية"
* السعي وراء ردود أفعال عدوانية أو انفعالية من الآخرين. (بمعنى آخر: مُستفز أو مثير للمشاكل)

من ناحية ثانية، عندما يتوافر لأطفال ADHD إثارة كافية أو استجابات نشطة، على سبيل المثال، مثل هكذا سلوك سيكون أقل، أمَّا التأثيرات المعرفية المتواجدة فتكون ثانوية على مستوى التنشيط. يعني أن

الانتباه والاستعداد أو التحضير للاستجابة والكبح الحركي، والقدرة على توزيع الجهد على المهام التي في متناول اليد تعتمد على التنشيط الكافي (Banaschewski et al, 2003; Sergeant, 2000).

لقد كان الباحثون الفيزيولوجيون من الأوائل الذين وضعوا فرضية التنشيط المنخفض بالنسبة لطلاب ADHD، حيث كان الاعتقاد السائد آنذاك أن طلاب ADHD كانوا أقل تنشيطاً باستمرار (منخفضي الاستثارة) ولذلك كانوا مفرطي النشاط (Rosenthal, 1973)، فيما بعد أشارت الأدلة إلى أن أطفال ADHD لم يكونوا مفرطي النشاط في كل الأوقات، وكانوا متفاعلين فيزيولوجياً بشكل منخفض فقط في الاستجابة لبعض الحالات المنبهة أو المثيرة (في أغلب الأحيان أظهروا مقداراً ضئيلاً من استجابات التكيف الفيزيولوجي المتأخرة (Callaway et al, 1983; Rosenthal& Allen, 1978; Satterfield, Schell, Nicholas, Satterfield& Freese, 1990)، أيضاً فيما يتعلق بتأييد فرضية التنشيط المنخفض (الإثارة المنخفضة أو قصور المثيرات) كان الدليل أن:

أ- الأفراد الذين وضُعوا بشكل تجريبي في بيئات من الحرمان الحسي بدوا وتصرفوا مثل أطفال ADHD(أي بمعنى: حالة مماثلة للـ ADHD).

ب -عندما كان الأفراد يقبلون على التدريب، كانت تأثيرات الحرمان الحسي منخفضة.

(Zentall, 1975; Zentall & Zentall, 1983).

إنَّ طلاب ADHD معروفون باحتياجهم للإثارة أكثر من نظرائهم (Zentall, 1975) أو إذا جاز التعبير، فهم يحتاجون للتنشيط المنظم دون المثالي لإظهار الأفضل فيزيولوجياً (Banaschewski et al, 2003; Brandeis et al, 2002) كلّ منا قد يحتاج بعض الإثارة في بعض الحالات، كما هو الظاهر من العبارة التالية: "أي شخص حتى المحترفون يمكن أن يصبحوا مفرطي النشاط أو غير منتبهين عندما يُجبروا أو يُكرهوا على الجلوس أثناء محاضرة مملة" (Smelter, Rasch, Fleming, Nazos & Baranowski, 1996; P: 431). على أية حال، حتى في هذه الأماكن ذات الإثارة المخفضة فإن أفراد ADHD سيحتاجون لإثارة إضافية بشكل أسرع وأبكر من الآخرين، فقد وُصِف طلاب ADHD بـ (الحَساسين-الكناري) في المناجم، حيث كان يوضع الحسَون-الكناري في أقفاص وتوضع داخل المنجم وتستخدم كمؤشر (عند الاحتضار) لتحذير عمال المناجم من أن الأوكسجين الموجود غير كافي.

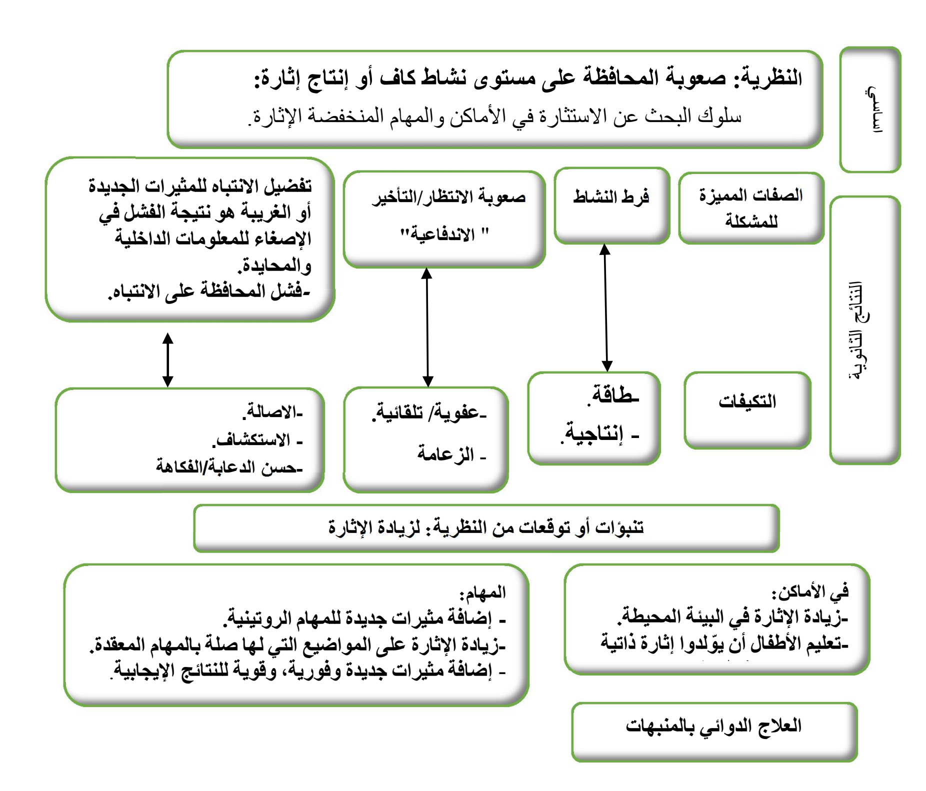
وبالمثل، فإنَّ طلاب ADHD حسّاسّون جداً لنقص الإثارة في المكان، فعدم قدرتهم على احتمال الأوضاع ذات الإثارة المنخفضة مشابه للفروق المصممة وراثياً في معامل الذكاء أو نسبة طول القامة، إنَّ القاعدة الأساسية لهذه الفروق الجينية يمكن أن تُنسب إلى الجين DRD4، إنَّ هذا الجين وُجد بالتزامن مع سلوك البحث عن مثير جديد وغريب (وهي سمة نفسية واضحة بشكل جيد اختصت بالسلوك الاستكشافي والإثارة والاندفاعية (Jensen,2001;P:121).

عند التدقيق في الشكل ٣، نلاحظ أنه يُفرد البنية النظرية "الأساسية" وكأنها صعوبة المحافظة على مستوى معتدل من الإثارة خصوصاً في الأوضاع أو المهام المنخفضة الإثارة، على الرغم من أن

النسخة الأصلية من نظرية الإثارة المعتدلة افترضت بأنَّ النشاط كان عبارة عن وسائل لتنظيم الإثارة الذاتية، وقد أضفنا طرق بديلة تُمكِّن الأفراد من أن يُحدِثوا الإثارة لأنفسهم بأنفسهم. هذه الطرق البديلة تتضمن تحولات أو حيل متكررة بشكل أكثر في الانتباه أو التفكير أو مواضيع المحادثة كما هو الحال في البحث عن الإثارة الانفعالية أو الاجتماعية (على سبيل المثال: التجارب المحفوفة بالمخاطر، العدوانية (Meyer&Zentall, 1995; Shaw&Brown, 1999). "إنَّ أي قصد للمخاطرة، أو السلوك المحظور غير القانوني أو السلوك المستفز هو عبارة عن نتيجة لارتفاع الأدرينالين" (Streett, 1995,P: 25)

ومن المحتمل أيضاً أن يكون هو بحث عن الإثارة المعرفية من خلال أحلام اليقظة أو الاستغراق في التفكير أو النشاطات المبدعة "الخلّاقة" (Zentall, Moon et al , 2001) أمّا "النتائج الثانوية" فهي أساليب محددة يحاول أطفال ADHD بها زيادة الإثارة، هذه الطرق يمكن أن تؤدي إلى مشكلات أو سلوك تكيفي (انظر "الخصائص التكيفية" في الشكل ٣)، ويمكن أن تُلاحِظ نتائج المشكلة على سبيل المثال، عندما يفشل الأطفال في تجاهل المواضيع غير المهمة على حساب الأفكار أو الأحداث ذات الصلة، حيث أن تفضيل الانتباه للأحداث المثيرة يمكن أن يؤدي أيضاً إلى الاستجابة بشكل انفعالي مفرط،

ويمكن أن يؤدي إلى سلوك معين مثل: التأجيل، هذا السلوك يعمل عند توافر الإثارة أو التنشيط الكافيين، وبالتالي يكون الفرد قادراً على إكمال مهمة لها أولوية منخفضة "عند الدقيقة الأخيرة فقط". إنَّ سلوك البحث عن الإثارة يمكن أن يكون تكيفياً أيضاً (مثل: الطاقة المتزايدة، الإنتاجية، الأصالة، العفوية).



الشكل (٣) نموذج Zentall

<u>وبتعدد النظريات المفسرة لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد تتعدد العوامل المسؤولة عنه ما بين عوامل عضوية بيولوجية، أو عوامل وراثية، أو باعتباره نتيجة لعوامل بيئية أو نفسية.</u>

العوامل المؤدية لاضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد: -

يُؤكّد فراج (٤:١٩٩٧) على أنّه رغم البحوث المستفيضة التي أُجريت على هؤلاء الأطفال (ADHD) إلّا أنه لم تُعرف الأسباب الحقيقية لاضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد، وقد أكّدت الدراسات على أنها عوامل بيولوجية عضوية كإصابات المخ، أو خلل في إفراز الناقلات العصبية أو خلل في التمثيل في خلايا المخ Metabolic Abnormality In The Brain بسبب القصور الوظيفي في المراكز المسيطرة على الانتباه والحركة معاً في المخ، ويعتقد بعض المُختصين أنَّ بعض التعقيدات التي تحدث أثناء الحمل والولادة قد تكون العوامل المسببة. إذاً فالأسباب المحتملة تشمل الوراثة Heredity، الضرر قبل الولادة، النظام الغذائي Diet وديناميات الأسرة Family Dynamics، والبيئة الفيزيائية Physical Environment (Santrock , 1990:P.356).

ويبدو أنه لا يوجد سبب وحيد متفق عليه يؤدي إلى ظهور اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد ADHD لدى الأطفال بصفة عامة، وفيما يلي عرض لأهم هذه العوامل السببية ودرجة إسهامهما في حدوث النشاط الزائد.

<u>أولاً: العوامل البيولوجية: والتي بدورها تنقسم إلى:</u>

١- <u>*العوامل الوراثية (الجينية):*</u>

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في إصابة الأطفال باضطراب نقص الانتباه وذلك إمَّا بطريقة مباشرة من خلال نقل المورِّثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، وإمّا بطريقة غير مباشرة من خلال نقل المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه (أحمد وبدر، ١٩٩٩: ٣٩-٤٠).

وتعتبر فكرة المزاج الموروث ذات أهمية في هذا المجال، حيث إنَّ هناك أطفالاً يبدون نشطين جداً منذ الولادة، لذا تعتبر العوامل الوراثية هامة جداً في ظهور النشاط الزائد وكثيراً ما يأتي النشاط الزائد مرافقاً للصرع والتوحد Autism (شيفر وميلمان، ٧:١٩٨٩).

كما تؤثر الوراثة على المزاج وتزيد من مستوى النشاط وتعمل كموجه للمزاج مما يميز طفلاً عن آخر في مرحلة مبكرة من النمو، حيث يصاب الذكور أكثر من الإناث بالنشاط الزائد بأربعة أضعاف، وهذا الاختلاف باختلاف الجنس ربما يرجع إلى اختلافات في مخ الذكور عن الإناث نتيجة جينات كروموسوم Y (Santrock , 1990: P.356).

لقد أظهرت العديد من الدراسات التي تناولت أقارب الأولاد والبنات المصابين بــADHD أن لديهم معدّلات عالية بشكل واضح من اضطراب الـADHD أكثر من أقارب الطلاب دون ADHD (Faraoneetal,1992)، ولقد ذكر كل من بيدرمان، فارون، كينين، كنيه وتسونغ Biederman,

Faraone, Keenan, Knee, Andtsuang في عام (1991) أن حوالي ٢٨,٦% من الآباء الحقيقيين (الأصليين من غير تبني) للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، كان لدى هؤلاء الآباء تاريخ من النشاط الزائد أيضاً فيما مضى.

عموماً، فإن حوالي ٨٠% من الفروق في النشاط، وعدم الانتباه، والاندفاعية بين الأشخاص ذوي ADHD ودونه يمكن أن تُفسر بالعوامل الوراثية. إنَّ الحد المرتفع عن المعدل الذي ذُكِر سابقاً يمكن أن يبرر عند الأفراد الذين لديهم كلاً من النمطين ADHD-H و ADHD-I (أي النمط المشترك) لأن لديهم ترجيح أعلى في وراثة ADHD (بحوالي ٩٢ إلى ٩٨ %) (Willcut, Pennington, & Defries,2001)

بالإضافة لما سبق وفيما يتعلق أيضاً بالمستوى الوراثي، تقترح بعض الأدلة الربط فيما بين جينات معينة واضطراب ADHD وهما الجين DAT1 والجين DAD4 (جونسون Jensen,2001) فالأفراد ذوي ADHD لديهم الجين الوراثي D4 أطول من الحد الطبيعي، مما يجعل الخلية العصبية أقل حساسية تجاه الدوبامين، وهي مرسلات عصبية تعمل على نقل الإشارات من خلية عصبية إلى أخرى. هذا الجين له ارتباط معروف جداً بالإحساس أو الشعور أو بسلوك البحث عن مثير جديد بالإضافة إلى البحث عن الإثارة والاندفاعية. (Lahoste etal,1996)، وتستمر معظم السمات الجينية لأنها مزودة ببعض الأفضلية بالنسبة للأنواع والأجناس (أي بمعنى: البقاء للأفضل). إنَّ تَغُير الخواص وحدها له بعض الفائدة بالنسبة للأجناس عن طريق السماح لأكثر الأفراد بالنجاة من تغيرات الظروف البيئية. (Calabe, 1997)، كما تؤكد نتائج العديد من الدراسات أنه: على الرغم من أن هناك تطابق جيني كبير جداً بالنسبة للتوائم المتماثلة (الحقيقية) فإن نسبة أن يظهر لديهم ADHD (حوالي ٨٠%) بالمقارنة مع حوالي ٣٠% بالنسبة للتوائم المختلفة (الغير حقيقية) إذا كانوا من الجنس نفسه (Gillis, Gilger, Pennington & Refries , 1992 , Lahoste et al , 1996) فإن حوالي ٣٠% إلى ٥٠% من التوائم المتماثلة ليس لديهم أعراض ADHD جلية

(Goodman & Stevenson , 1989, Johnston & Mash,2001, Lahoste et al 1996).

هذا يدل على أن علم الأحياء يحدد اندفاعنا واستعدادنا للإصابة بأي اضطراب، ولكنَّه لا يقوم بهذه المهمة وحده، فهناك دائماً مجال وحيز للمقاومة (Begley,1995) بمعنى آخر: أنه يبقى هناك عوامل خارجية وهي عوامل هامة في فهم أسباب المرض.

٢ -العوامل البنيوية:

يوجد دليل يؤخذ بعين الاعتبار على أن الفروق في بنية أو حجم الدماغ يمكن أن تكون كمقررات محتملة للـADHD ، فالفروق في بنية الدماغ يمكن أن تُورث أو تتغير خارجياً من خلال حدوث تلف بالدماغ، وقد اختلف الباحثون حول أيٍّ من مناطق الدماغ يمكن أن تكون أكثر عرضة وقابلية للإصابة بالأذى بشكل خاص. ففي عام (1990) سَمّى Pennington مناطق من الدماغ تلك التي تطورت بشكل

متأخر جداً في تاريخ النوع البشري بأنها ستكون على الأرجح أكثر عرضة للتأثر بالتغيرات البيئية والوراثية وهي:

١-القشرة ما قبل الجبهية والتي لها علاقة بالتخطيط، كبح الاستجابة، الانتباه الانتقائي، البحث البصري، المحافظة على الانتباه، المراقبة الذاتية، الذاكرة المعرفية، وكذلك الإبداع.

٢-النصف الأيسر من الدماغ المسؤول عن وظائف اللغة، والذي له علاقة بعمليات الوظائف الصوتية (Pennington,1991;Pennington&Ozonoff,1996). وتؤكد دراسة (Shaywitz&Shaywitz ,1991) أنَّ الخلل الوظيفي في النصف الأيسر من الدماغ اكُتشف من خلال علاقته بصعوبات تعلم اللغة وصعوبات تعلم القراءة "ديسليكيسيا".

كما قُيم نشاط القشرة المخية في المنطقة ما قبل الجبهية باستعمال إجراء راسم موجات الدماغ الكمي " جهاز تخطيط كهربائي للدماغ " (QEEG)، وهي تقنية تُقيم النشاط الكهربائي (Monastra etal,1999). أظهرت هذه التقنية وحدها أن ٨٦% من الأفراد الذين شُخصِوا بـADHD باستخدام إجراءات التشخيص التقليدية صُنِفوا أيضاً كأفراد ADHD، وأنَّ حوالي ٩٨% من أولئك الذين لم يكن عندهم ADHD صُنِفوا أيضاً كأفراد دون ADHD. ومع ذلك، لم تُستخدم في هذه الدراسة مجموعة مقارنة مضطربة من أجل التشخيص التفاضلي.

أما النماذج الأخرى المستخدمة في القياس (الماسحات بالرسم السطحي بأشعة X بانبعاث البوزترون " التصوير المقطعي بالبث البوزتروني " [PET] ، راسم موجات الدماغ [EEGS] ، التصوير بالرنين المغناطيسي [MRI] المُستخدم لتصوير فروق الدماغ)، وقد كشفت صور [PET] عن تغييرات كيميائية حيوية في أنسجة الجسم، أمّا بالنسبة للأفراد ذوي ADHD فقد أظهرت ماسحات PET انتفاع كامل الدماغ بالغلوكوز المخفض، ومجرى دم دماغي منخفض (Zametkin Et Al,1990; Zametkin Et Al,1993) (Lou, Henricksen & Bruhn, 1989; Lou, Henricksen, Bruhn &Borber,1984) (الوقفي ٢٠٠٣: ٦٢) ومع ذلك، فقد فشل جزء من العمل الثاني في السيطرة على صعوبات الحدث المشارك أو العمر وبالتالي فإن الدراسة الإضافية عن مجرى الدم في الدماغ وانتفاعه بالجلوكوز لازمة أو ضرورية.

إن تقنية EEG هي تقنية علم وظائف الأعصاب التي تُقيّم إشارات الجهد الكهربائي القادمة من الدماغ، واسُتخدمت تقنية EEGS لاكتشاف النشاط المتزايد للموجة البطيئة بشكل أساسي في المناطق الجبهية واكتشاف نشاط أشعة بيتا المتناقص في المناطق الصدغية، إنَّ هكذا نتائج "تشير إلى أن احتمال تناقص التنشيط اللحائي في تلك المناطق من الدماغ عند هؤلاء الأطفال مرتبط بشكل متكرر باللغة والسيطرة التنفيذية " (Riccio, Hynd, Cohen&Gonzaler, 1993; P:120).

إنَّ معظم الأدلة الحديثة ذكرت استخدام التصوير بالرنين المغناطيسي MRI بالنسبة للطلاب ذويADHD، هذا المسح أظهر أن الأطفال الأسوياء يكون عندهم الفص الدماغي الأمامي الأيمن أكبر بعض الشيء (٣% إلى ٤% أحجام الدماغ بشكل كامل أكبر) وأن أكثر الفصوص الدماغية

متماثلة بالنسبة لأطفال ADHD (Barry,Lyman&Klinger,2002;Castellanos et al, 2002).
على أيّة حال، إن الفروق في الحجم لا يمكن أن تُستخدم لتشخيص ADHD لأن الفروق تُحسب باستخدام معدلات المجموعة ولا تُطبق بالضرورة على حالات فردية.

٣-عوامل النضج: -

تركز أطوار النمو على اكتشاف الطبيعة الحيوية للطفل مع مرور الوقت، فمن وجهة النظر النمائية :إنه بإمكاننا أن نتوقع في النهاية مَنْ مِن الأطفال سيظهر لديه هذا الاضطراب؟ فالتغيرات النمائية تأخذ حيزاً في النشاط والانتباه. من ناحية ثانية، استمرت الأعراض الرئيسية للـADHD إلى فترة سن الرشد عند ٣٣% من الراشدين عند إجراء دراسة على عينة من الراشدين ذوي ADHD (Pennington,1991) وفي ٦٧% من الأطفال الذين شُخصِوا في مرحلة الطفولة. (Barkley, 1997a, 1997b, Barkley, Fischer, Edelbrock&Smallish, 1990). بالإضافة لما سبق، فإنَّ البيانات الفيزيولوجية (النشاط المتصل بالطفل) لا تؤيد الفروق النمائية بين الطلاب ذوي ADHD ودون ADHD (Callaway, Halliday&Naylor,1983).

وبالرغم من ذلك، يبدو أنَّ هناك رأي أخر يرى أن هناك دليل سلوكي يقترح بأن الأطفال ذوي ADHD غير ناضجين نمائياً، على سبيل المثال: استجابات الطلاب ذوي ADHD الانفعالية والسلوكية مشابهة لاستجابات الأطفال الأصغر سناً منهم (Moon, Zentall, Grskovic, Hall & Stormont, 2001). بالإضافة إلى ذلك، فإنَّ الضعف (القصور، العجز) في المهارات الأساسية مُوّثق بالنسبة لهؤلاء الأطفال الذين يتحسنوا بمرور الوقت (على سبيل المثال: المهارات الحركية الدقيقة، الدقة في العمليات الحسابية (Zentall,1990;Moon,Hall &Grskovic,2002).

كما تؤكد بعض النظريات النمائية / البيئية على التوافق بين مهارات الطفل والمتطلبات ضمن المحيط (على سبيل المثال: في العائلة أو المدرسة أو الثقافة)، فالفروق السلوكية تُنسب إلى عدم قدرة الطفل على تنظيم سلوكه بالتوافق مع المهام الثقافية أو النمائية الجديدة، فالتلاميذ الصغار في مرحلة ما قبل المدرسة وفي المرحلة الابتدائية يجب أن يتعلموا مراعاة التوقعات السلوكية، والطلاب الأكبر سناً في المرحلة الابتدائية يجب أن يتعلموا مراعاة المتطلبات الانتباهية الأكاديمية في المهام الصعبة على نحو متزايد، بينما الطلاب في المدارس الثانوية يتدربون على مهارات اجتماعية معقدة أكثر بكثير (تتطلب كبح الاستجابة) تمهيداً للمهام العلائقية والمهنية في مرحلة سن الرشد. ربما لهذا السبب يتصف الطلاب في سن ما قبل المدرسة وفي المرحلة الابتدائية بالنشاط الحركي الجسدي على نحو مفرط، والذين يصبحوا متململين "لا يهدأون" وغير منتبهين خلال السنوات المدرسية في المرحلة الابتدائية العليا والإعدادية، ومن ثم يصبح لديهم اضطرابات اجتماعية في المرحلة الثانوية.

٤-العوامل الكيميائية العصبية: -

إنَّ الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى

اضطراب ميكانزيم الانتباه، فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحذر أو الحرص من المخاطر، ويزداد نشاطه الحركي واندفاعه (عثمان وأبو هاشم٢٠٠٢).

ويرى ويندرWender أنَّ النشاط الزائد ينتج عن عدم قدرة المخ على إحداث توازن بين الأنظمة الكفية والاستثارية، والسبب في ذلك وجود خلل في المركبات الكيميائية التي تعمل كنواقل عصبية في الجهاز التثبيطي، خاصة وأن هناك انخفاضاً في نسبة النور أدرينالين Noradrenaline لدى إلى أخرى، فإن نقص مثل هذه المركبات يجعل من الصعب على الطفل أن يكف سلوكه، كما أن نقص التوازن بين الأنظمة الكفية والاستثاريةInhibitory And Excitatory Systems ينتج عنه مستوى أكثر نشاطاً من السلوك (Reid &Hresko , 1981: P.26).

وتشير الدراسات إلى أن النقص في مجموعة الموصلات النيورونية (العصبية) مثل الكاتيكولامين التي تتحكم في السلوك الدافعي والحركي والانتباهي من خلال دوائر نيورونية (عصبية) يؤدي إلى حالة (ADHD) وقد استخدم علاج يؤدي إلى زيادة في إفراز هذه النواقل لتمكين المخ من تثبيط السلوكيات غير المطلوبة مثل الضجر مما يؤدي لزيادة الانتباه (الدوة، ٢٠٠٣: ٦٣).

كما يوجد دليل عن الفروق في الكيمياء العصبية أيضاً عند الأفراد ذوي ADHD، ويؤكد بشكل عام بأن المرسلات العصبية مثل الدوبامين والنوربنفراين لها علاقة بالـADHD (RICCIO et al,1993). مما يدل على أن الدوبامين قد يكون غير كافي في الوصلات "المشابك" العصبية في المنطقة ما قبل الجبهية، أو في نقاط الاتصال بين الخلايا (Goldman-Rakic, 1992; Pliszka, Mccracken&Maas, 1996). إن دور المرسلات العصبية مدعوم أيضاً بدليل أن المحفزات النفسية (على سبيل المثال: الريتالين) تزيد من وجود دوبامين المرسل العصبي في المشابك العصبية.

ثانياً: العوامل الخارجية: -

وهي الممارسات والظروف التي تتعرض لها الأم، مثل تدخين الأم أثناء الحمل، أو مضاعفات أثناء الحمل أو الولادة، أو ابتلاع مستويات عالية من الرصاص وقد قدرت من قبل آخرين بحوالي ٢٠% إلى ٣٠% من المسببات للـADHD . (Pennington,1991). هذه الصدمات ما قبل الولادة وبعدها بالنسبة للمنظومة الحيوية للطفل يمكن أن تحسب بالنسبة للـADHD بحوالي طفل إلى خمسة أطفال ADHD. أما بالنسبة لتدخين الأم بشكل خاص فإن حوالي ٢٢% من أمهات الأطفال ذوي ADHD دخن علبة سجائر كل يوم خلال ثلاثة أشهر على الأقل من فترة الحمل، بالمقارنة مع ٨% فقط من أمهات الأطفال دون ADHD (Milberger etal , 1996). (ومن المحتمل أن هؤلاء الأمهات كان لديهن أيضاً ADHD، وبالتالي أسهم هذا في الترابط).

ومن المؤثرات السلبية على الجنين وقت الحمل تعرض الأم للإشعاعات الضارة، وتناول بعض العقاقير الطبية التي يمكن أن تؤثر على الجنين، وخاصة في الثلاث أشهر الأولى مما قد يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ بما فيها المراكز العصبية (المسؤولة عن الانتباه) (عثمان وأبو هاشم ٢٠٠٢). كذلك

الطريقة المستخدمة في الولادة مثل استخدام الملقط أو مقادير كبيرة من العقاقير. (شيفر وميلمان، ١٩٨٩: ٨-٩)

أما مرحلة ما بعد الولادة فإن إصابة الطفل بارتجاج في المخ نتيجة لتعرضه لحادث، أو ارتطام رأسه بأشياء صلبة أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة، أو ضربة على رأسه، وكذلك إصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية والالتهاب السحائي والحمى القرمزية يؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسؤولة عن الانتباه والتركيز (أحمد وبدر، ١٩٩٩: ٤١-٤٢).

ثالثاً-العوامل المحددة في علم التغذية:

بينما تتضمن معظم البحوث السابقة فحص المرسلات العصبية في علم الوراثة، فإن الفهم المحدد يمكن أن يحدث عن طريق التغذية، ذلك أنه من الممكن اختيار أفراد بشكل عشوائي لتلقي علاج مموه (غير حقيقي، دواء لا فعل له يوصف لتهدئة المريض) مقابل أفراد يتبعون نظام غذائي مضاف، فأشارت النتائج من هذا البحث إلى أن المجموعة الفرعية من الأطفال ذوي فرط الحركة، ربما على الأقل ٣% إلى ٥% قد يكون لديهم حساسية اتجاه أصبغة الطعام أو السكر، بشكل نموذجي، هؤلاء هم أطفال ما قبل المدرسة (Barkley, 1997A; Whalen,1989). إن إزالة ألوان الطعام الاصطناعية قد أظهر تناقصاً في تقديرات الوالدين وليس المعلم في الصعوبات السلوكية (Schab&Trinh,2004).

وجدت إحدى الدراسات أن إضافات الطعام والسكر تُحدث تناقصاً طفيفاً في النشاط دون تأثيرات في الأداء، بينما وجدت دراسة أخرى أن هناك علاقة بين كمية السكر الممتصة في الجسم والعدوانية / التململ عند الأطفال ذوي النشاط الزائد، فيما يتعلق بالنمط المُراقب المخالف للتوجيهات (Leibowitz,1991).

مع أن هذا الدليل لا يؤيد حتى اليوم فكرة وضع الأطفال في أنظمة غذائية مقيدة، فإن هناك دليلاً ما (Stevens, Zentall, Deck, Abate, Watkins& Lipp , 1995) يتوقع جلب مكاسب من الأنظمة الغذائية المكملة مع الأحماض الدهنية الأساسية بالنسبة لأولئك الأطفال ذوي ADHD الذين يعانون من نقائص (أي بمعنى: التحسنات التي ظهرت خلال فترة العلاج المموه Placebo على المحافظة على الانتباه، وعلى تقديرات الوالدين عن التصرف، وتقديرات المعلم عن عدم الانتباه). إن حوالي ٤٠% من الأطفال ذوي ADHD بالمقارنة مع حوالي ١٠% من أطفال المجموعة الضابطة كان لديهم نقص في الأحماض الدهنية الأساسية. وعندما أُضيف لغذاء الأطفال ذوي ADHD + صعوبات تعلم قراءة (غير مقيم مستواهم بالنسبة للنقائص) مزيج من الأوميجا (3) وستة أحماض دهنية فإنه لوحظ انخفاض في مجال أوسع من أعراض ADHD (المشكلات النفسية الجسدية، مشكلات معرفية، قلق، مشكلات انتباهية، نشاط زائد، ومجال واسع من المشكلات السلوكية في مقياس الدليل العالمي) (Richardson&Puri,2002).

رابعاً -العوامل النفسية والاجتماعية:

تشتمل هذه الفئة مجموعة من العوامل النفسية التي لم تحظ بدليل علمي قاطع إلى الآن وتبقى فرضيات قائمة على علاقات ارتباط مع الاضطراب، ومن هذه الأسباب أسلوب التعامل الوالدي مع الطفل سواء في الشدة المفرطة أو التساهل المفرط، وكثرة الأوامر والتعليمات التي تواجه الطفل، والنقد المبالغ فيه، وحالات الخلاف أو الانفصال داخل الأسرة، كما تشمل هذه العوامل اضطرابات المزاج، ووجود تعزيز اجتماعي للنشاط الزائد لدى الطفل، ومشاهدة ونمذجة طفل ذي مستوى من النشاط الزائد. (البوالصة ٢٠٠٧: ١٤) وقد تحدثت الكثير من الدراسات عن عوامل أخرى من المجال نفسه، ومن الأمثلة على هذه الدراسات دراسة باتل ولاسي Battle& Lacey تبين أن أمهات وخاصة الذكور زائدي النشاط كنّ (غير متقبلات، ناقدات، غير محبات وصارمات في عقابهن لأطفالهن) كما توصلت دراسة تشيس وتوماس Chess& Tomas إلى أسلوب النبذ والعقاب من قبل الأم يؤدي إلى تشتت الانتباه والخوف (الشريف ١٩٩١).

كما أكدت نتائج بعض الدراسات التي أجريت في هذا الصدد على أن ظروف الحرمان من الرعاية الأسرية وعدم التفاعل الاجتماعي، والبعد عن الحياة الطبيعية من أهم أسباب انتشار مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال الذين يقيمون إقامة داخلية بالمؤسسات ودور الرعاية في أماكن منعزلة بعيداً عن أسرهم وعن باقي أفراد المجتمع (علا عبد الباقي إبراهيم ١٩٩٥: ٣٨).

ويرى روس وروس Ross & Ross أن النشاط الزائد قد يكون نموذجاً يحاكي لدى الوالدين والرفاق وذلك باعتبار أن علاقة الأب بالطفل علاقة ثنائية الاتجاه، فهو يؤثر فيه ويتأثر به، وقد تلعب عمليات التدعيم أو التجاهل دوراً مهماً في ترسيخ هذا الاضطراب (يوسف ٢٠٠٠: ٢٣٣).

وقد ذكر كلاً من طنطاوي وعجلان (١٩٩٥) أنه يوجد بعض التفسيرات النفسية للإفراط في النشاط الحركي بصفته سمة مزاجية، والتي أشار إليها بيتلهام Bettelheim إلى أن هناك أطفال مهيؤون للنشاط المفرط بسبب خصائصهم المزاجية، وهم يستجيبون للنشاط المفرط عندما يتعرضون لضغوط بيئية تفوق قدرتهم على التحمل، وترجع هذه الضغوط البيئية إلى صعوبة التفاعل الجيد بين الطفل وبيئته الاجتماعية، وقد يؤدي عدم قدرة الطفل على الاستجابة بطريقة تتفق مع خصائص مزاجه السلبي إلى شعوره بأنه مشكلة؛ مما يؤدي إلى تدهور مفهومه للذاته.

ويرى باركلي (Barkley,et.al.1992) أن ما يلاقيه الأطفال من ضغوط نفسية واجتماعية في المنزل يكون سبباً في ظهور مشكلة النشاط الزائد لديهم.

<u>مما سبق يتضح أن:</u>

- العوامل البيولوجية تتمثل في عوامل وراثية (جينية) – خلل وظائف المخ – اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية بالمخ – وعوامل النضج.
- الدراسات التي تؤيد هذا العامل هي: دراسات التوائم والأسر والتبني، الدراسات التشريحية والفسيولوجية، استخدام الرنين المغناطيسي MRI، والدراسات الإلكترونية الفسيولوجية، تصوير

الصدى المغناطيسي، الرسم المغناطيسي بأشعة Xلانبعاث البوزتيرون، ودراسات تدفق الدم الدماغي وغيرها.

- هذا العامل وإن كان يحظى بتأييد كبير من عديد من الباحثين، فإن هناك العديد أيضاً من الباحثين يقلل من شأنه، حيث يرون أن التلف الدماغي لا يؤدي بالضرورة إلى النشاط الزائد كما أن النشاط الزائد لا يعني بالضرورة وجود تلف دماغي.

الفصل الثاني

المحور الثاني:
بعض المناهج المستخدمة في
علاج اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد

مقدمة.

أولاً: العلاج الطبي.

ثانياً: العلاج الأسري وتدريب الآباء.

ثالثاً: العلاج بالتغذية.

رابعاً: التعديل السلوكي.

الفصل الثاني: المحور الثاني

بعض المناهج المستخدمة في
علاج اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد

مقدمة:

بسبب عدم معرفة السبب الحقيقي المسؤول عن حدوث اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، وأن الأسباب قد تختلف من طفل لآخر، فإنَّ الاستراتيجيات العلاجية لهذا الاضطراب متنوعة ومتعددة (Seifert & Hoffnung, 1994: P.380).

وابتداء يمكن التأكيد على أنه يصعب علاج اضطراب أو قصور أو صعوبات الانتباه إلى حد الشفاء منها تماماً، ومع ذلك يمكن أن تُسهم التربية وأساليب التعامل والمعالجة في التعايش الإيجابي مع هذه الاضطرابات، وتحقيق النجاح في كل من البيت والمدرسة والعمل (الزيات، ٢٠٠٢:٤١٢).

وفيما يلي عرض لأهم أنواع العلاج المستخدمة مع هذه المشكلة:

أولاً: العلاج الطبي: Therapy pharmaco-

إنَّ حالات فرط الحركة لا تعالج بشكل تام عن طريق الدواء، ولا يوجد دواء فعَّال تماماً يُفيد في علاج هذه الحالات، ذلك لأن حالات فرط الحركة ليست شيئاً واحداً، أو عرضاً واحداً، إنما هي مجموعة أعراض تختلف من طفل لأخر، وعند استخدام الدواء فإن هناك عرضاً خاصاً يطرأ عليه تحسن، أو مجموعة أعراض متشابهة ومتضافرة مع بعض (الزراد ٢٠٠٢: ١٢١).

لقد ظهرت العديد من العقاقير التي تُستخدم في علاج اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد وتتضمن المنبهات ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، ومضادات ارتفاع ضغط الدم، ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين، وسوف يتم الوقوف عند العلاجات الثلاثة الأولى.

أ – المنبهات:Stimulants medication

تجدر الإشارة إلى:

- أن استخدم العقاقير الطبية المنشطة (ليرنر وآخرون Lerner, et al) يفيد بما يلي:

١-زيادة تنبيه الجهاز العصبي المركزي.

٢-تنشيط إنتاج الناقلات العصبية الكيميائية اللازمة لنقل المعلومات العصبية من جذع الدماغ المسؤول عن الانتباه والتحفيز والنشاط.

٣-تجعل الأطفال أكثر حساسية للمثيرات البيئية وتزيد فترة الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (الزيوت ٢٠٠٥: ١٣).

- تستخدم الأدوية المنبهة Stimulant لمعالجة أعراض وعلامات اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، على الرغم من غموض آلية عملها، يبدو أن لها دوراً في زيادة قدرة الطفل على المواظبة وتحسين السلوك داخل غرفة الصف وزيادة القبول الاجتماعي (نلسون١٩٩٩: ١٣٣).

لهذا يُعتبر العلاج بالعقاقير المنشطة أحد الخيارات العلاجية التي تستخدم بشكل واسع لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، وذلك لفاعليتها العالية في زيادة نشاط الأجهزة الإرادية في الجسم وتقوية وزيادة فاعلية الناقلات العصبية في الجهاز العصبي المركزي ومن العقاقير التي تستخدم لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب الريتالين Ritalin، وبيمولين المغنزيوم Magnesium Pemoline، وبنزدرين Benzedrine، والدكسدرين Dexedrine، وسيلرت Cylert، وغيرها من العقاقير، ويُعد الريتالين من أهم وأكثر العقاقير الطبية استخداماً لدى تلك الفئة من الأطفال (القرعان ٢٠٠٦: ٢٦) .

ويرى باركلي Barkley 1996 أنَّ الأدوية المُنبهة تزيد من قدرة الطفل على التعلم، وتخفض الاندفاعية والسلوك العدواني وتزيد من قدرته على التحكم في الحركة، وتقلل من السلوك العدواني، كما أنها تُحسّن من علاقته بالآخرين وتزيد من ثقة الفرد بنفسه (الدسوقي ٢٠٠٦: ٧٨).

كما أشارت المؤسسة الوطنية الأمريكية للصحة في مسحها لعام ١٩٩٨ إلى أن العقاقير كانت تُوصف لحوالي ٩٦,٤% من جميع حالات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه.

(الزيوت ٢٠٠٥: ١٢)

وترى ريف (Reif,1998) أن ٧٠% إلى ٨٠% من الأطفال الذين يتعاطون العقاقير المنشطة يستجيبون بشكل ايجابي لهذه العقاقير، كما تشير ميرسر (Mercer, 1997) إلى نسبة مشابهة تتراوح بين٧٠% إلى ٧٥% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد يظهرون تحسُّناً ملحوظاً، لكنَّها في الوقت ذاته تُشير إلى أنَّ بعض العقاقير كانت تفشل في تحقيق نتائج ملموسة مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، وتبرر ذلك بأنه عائد إلى الأخطاء التي يرتكبها الأطباء في الوصفات الطبية، أو مقدار الجرعات أو مواعيد إعطاء مثل هذه الأدوية ومدى ملاءمتها لعمر الطفل (الزغلوان ٢٠٠١ :١١).

ولمَّا كان التدخل الأكثر فعالية هو العلاج بالمنبهات النفسية (Hoagwood, Kelleher, Feil& Comer,2000) فإنَّ الدواء مؤثر بصورة خاصة في تحسين مقاييس الذاكرة والانتباه طويل الأمد وفي تخفيض الأخطاء الطائشة (غير المقصودة) المتصلة بالانتباه طويل المدى. (Presentacion & Miranda Soriano, 2002)

كما وُجِد تَحَسُّن في الأداء في أحوال كثيرة في مقدار العمل المنجز (الإنتاجية الأكاديمية) عند حوالي ٢/١ نصف الأطفال الذين أظهروا نوعية محسنة من العمل "دقة" بينما لم يُحرز البقية مكاسب أو تراجع في الأداء (Abikof& Hechtman,1996; Rapport, Denney, Dupaul& Gradner,1994)، وفي دراسات أخرى كانت النتائج المهنية إيجابية وطويلة الأمد، ونتائج الإنجاز الأكاديمي مُخيِّبة للآمال ومن ضمنها الإخفاق في إحراز مكاسب عالية المستوى مثل: الفهم القرائي وحل المسائل الحسابية والتعبير الإبداعي (Hinshaw,1994; Mrug, Hoza& Gerdes,2001; Richters,1995 Runnheim, Frankenberger & Hozelkorn,1996; Swanson,

Mcburnett, Christian & Wigal,1995) بمعنى آخر: لا يمكن للدواء أن يُعلِّم أو يُشجِّع على إعادة التنظيم الإدراكي/المعرفي (Miranda,2002) على الرغم من أنَّه أي الدواء يُمكِّن أن يُحسّن فترة الانتباه لكنَّه لا يُمكن أن يُخبر الأطفال بما هو مهم لينتبهوا له (أي لا يستطيع أن يُعالِج عدم الانتباه الانتقائي).

هذا بالإضافة للتأثيرات الجانبية الجسدية والسلوكية الأخرى، وبالرغم من أنَّ عدداً كبيراً من الدراسات قد وصفت التأثيرات الإيجابية للأدوية، إلَّا أن النقد يزداد للاستخدام الشائع للأدوية في علاج هؤلاء الأطفال، فالأدوية المُحفزِّة لها تأثير مؤقت فقط وعندما ينتهي الدواء يعود الطفل إلى سلوكه الأصلي، بالإضافة لذلك يوجد خطر حاد في أن يُدِّمن هؤلاء الأطفال هذه الأدوية بعد أن يُعالجوا بها لفترات طويلة من الوقت، والخطورة تكمن في تقديم هذه الأدوية بواسطة أفراد غير مؤهلين (Gibson,1980: P.305).

وفي دراسة ستين وآخرين (Stein, et al,2002) لبحث أثر العلاج الدوائي باستخدام الميثيلفينيدات في علاج اضطرابات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد، أشارت النتائج إلى أن الأطفال أصبحوا يعانون من الأرق ونقصان في معدل النوم وزيادة اضطرابات النوم.

ولقد لاحظ والين وهينكر Whalen& Henker أنَّ الأطفال غالباً ما يُعطِون قوة أكبر للأدوية في التأثير على جهودهم ومهارتهم، هذه الإيعازات بالتحكم ربما تزيد من تأثير الأدوية لكن أيضاً تمثل صعوبات قوية في تدريس استراتيجيات التحكم الذاتي للأطفال Self-Control Strategies (Kouffman,1985:178).

وتشير سيدني وولكر (٢٠٠٣:١٣٣) إلى أنه قد لوحظ أن عقار الريتالين يزيد من ضربات القلب والتأثيرات الأخرى لهذا العقار تشارك مجموعة الأمفينات كلها: الأرق، قلة القابلية للأكل، وآلام البطن والأمعاء، وعقار توفرانيل Tofronil وهو أحد العقاقير التي تُعطى أحياناً للأطفال الصغار الذين يعانون من نشاطية زائدة يمكن أن يقود به إلى صعوبة التركيز بالعين وأعراض خفيفة من الرعاش في الأطراف المعروفة باسم Parkinsonism بالإضافة إلى الجلوكوما، ومن الممكن ظهور تأثيرات جانبية مثل الرعشة والارتجاف المعروفة باسم Parlytic وتقليص ضغط الدم، وقد أشار لاندروم وآخرون Landrum, etal إلى أنه بسبب وجود آثار جانبية لتلك العقاقير فقد اتجه غالبية المعالجين إلى التركيز على أساليب العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي (دبيس والسمادوني ١٩٩٨).

كذلك يشير كابلان (Kaplan,1990:457) إلى أن فترة تعاطي العلاج الدوائي لمدة سنوات يجب أن تؤخذ بحرص، والبعض يذكر أن الدواء يجب اعتباره الحل الأخير الذي يمكن اللجوء إليه، ومن ثم فعادة يتم دمجه مع أنواع أخرى من العلاجات، فعندما يتم استخدام الدواء لتقليل الأعراض، يجب استخدام طرق أخرى لحل المشاكل الأكاديمية والاجتماعية للطفل، ويؤكد على ذلك أحمد عكاشة (١٩٩٨:٦٣٢) من أنه يجب أن يصاحب العلاج الكيميائي أنواعاً مختلفة من العلاجات الأسرية والنفسية مع وسائل تعليمية وتربوية خاصة.

ويجمل حسن عبد المعطي (٢٠٠٣: ٢٥٧-٢٥٨) الآثار الجانبية للعلاج الدوائي بالتالي:

١-هناك دراسات قليلة تشير إلى حدوث آثار جانبية على أوعية القلب تنجم عن هذه الأدوية، ولكن أكدَّت دراسات إكلينيكية على بعض الحالات وجود ضغط دم مرتفع.

٢-ومن بين الآثار الجانبية للمنبهات فقدان الشهية وألم في المعدة وآلام الرأس.

٣-ومن بين الآثار الجانبية للمنبهات حدوث الأرق لدى الأطفال.

٤-ومن الآثار الجانبية للمنبهات كذلك الحركات اللاإرادية مثل إغماض العينين بسرعة وفتحهما، اهتزاز الرأس وهز الأكتاف والتي سرعان ما تختفي بتوقف تعاطي الدواء.

٥ -والأثر الجانبي طويل المدى والذي أقلق الصيادلة والأطباء هو إمكانية إعاقته للنمو والذي يمكن أن يكون نتيجة لفقدان الشهية.

٦-كذلك فإن من الآثار الجانبية للعلاج بالمنبهات: الانسحاب السلوكي الذي هو ظاهرة للتدهور السلوكي الذي يحدث في وقت ما بعد الظهر، وبالتحديد قبل تعاطي الجرعة الثالثة من العلاج.

<u>ب-مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة Antidepressants Tricycle</u>

أولاً لابد من الإشارة إلى ما يلي:

<u>✦آلية التأثير:</u>

١-تثبيط قوي لعودة التقاط النور أدرينالين والسيروتونين ← تقوية تأثيرات الناقل في مستوى المستقبلات ما بعد المشبك.

٢-تحصر كلاً من المستقبلات التالية: الأدرنرجية ά -المسكارينية – السيروتونينية -الهستامينية.

<u>✦الفوائد المرجوة من استخدام مضادات الاكتئاب:</u>

١-ترفع المزاج وتحسِّن الانتباه العقلي وتزيد النشاط الفيزيائي.

٢-تستعمل لفترة طويلة دون أن تفقد فعاليتها (اللحام ٢٠١٢ :٥).

٣-لا تؤثر على النمو فلا تؤدي إلى نقص في الوزن.

٤-تُعتبر أكثر فاعلية في حالة مصاحبة مشكلات القلق ومشكلات المزاج لنقص الانتباه مع النشاط الزائد (سيسالم ٢٠٠١: ١٥٠).

تُعتبر هذه المضادات منذ زمن طويل عقاقير من الدرجة الثانية من ناحية علاجها لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، إلَّا أن هناك بعض من العياديين الذين يعتبرونها من الدرجة الأولى بالنسبة لطفل مصاب باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، إضافة إلى وجود كآبة أو حصر نفسي لديه، وتكمن ميزاتها التي تجعلها تفوق المنبهات، في أن تأثيرها يظل ثابتاً حتى المساء، فهي تزيد من إفراز كل ناقلات الأمين الحيوي (Biogenic Amine Transmitters) بما فيها الدوبامين (Dopamine) و نور بينفرين (Norepinephrine) و سيروتونين (Serotonin)غير أنه يُعتقد بأن أكبر تأثير لها هو في إفراز – و ليس في تثبيط - النور بينفرين – وليس الدوبامين. هذا وتدعم دراسات عدة أُجرِيت على الأطفال ما قبل سن الخامسة تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة في معالجة نقص الانتباه/النشاط

الزائد، غير أن معظم الدراسات المقارنة تُثبت أنها أقل فاعلية إلى حد ما من المنبهات (ميركولينو وآخرون ٢٠٠٣: ٢٢١-٢٢٢).

أمَّا عن الآثار الجانبية لهذه الأدوية فقد بيَّنت الدراسات أنَّ هذه الأدوية تُسبب العديد من المشكلات مثل جفاف الفم، وانخفاض الشهية للطعام، والصداع، والدوخة، وألم المعدة، لذلك يجب توخي الحذر عند استخدام هذه الأدوية لأن زيادة الجرعة عن الحد المسموح الذي أوصى به الطبيب قد يؤدي إلى الوفاة، كما يتم التأكيد على أنه يجب استخدام الدواء فقط مع الأطفال الذين لم تفلح معهم أية بدائل علاجية أخرى (الدسوقي ٢٠٠٦: ١٨٥).

أمَّا عن أهم الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد:

توفرانيل – إيمبرأمين Tofranil -Imipramine

باميلور – نورتريناالين Pamelor – Northriptyine

ويلبوترين – ببروبيون Welbutrin – Bupropion

هذا ويعد توفرانيل – إيمبرأمين Tofranil- Imipramine من أكثر الأدوية المضادة للاكتئاب استخداماً لعلاج اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد فهو ذو مفعول طويل مقارنة بالأدوية المُنشِطة إذ يتراوح مفعوله بين ١٠ إلى ٢٠ ساعة، ويمكن أن يُعطى مرة واحدة في اليوم، ويُفضّل أن تكون في المساء حتى تساعد على تحسين النوم (سيسالم ٢٠٠١: ١٥٢).

جـ -مضادات ارتفاع ضغط الدم Anti-Hypertensive

لقد تم استخدام عدة عقاقير مضادة لارتفاع ضغط الدم وخاصة كونيدين (Clonidine) وغوانفسين (Guanfacine) وذلك لمعالجة أعراض الحركة الزائدة وفرط الاستجابة Over Reactivity والاندفاعية لدى الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد واضطرابات الحركات اللاإرادية والإعاقات التطورية الأخرى، ويُعتبر الكونيدين فعالاً كعلاج للاستثارة الزائدة Over Arousal والنشاط الزائد، وتدني تحمُّل الشعور بالإحباط، وفرط الحركة، ولهذا السبب، يشيع استعمال هذا العقار كثيراً للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، ومشكلات المقاومة – العصيان ومشكلات السلوك الأخرى ذات الصلة غير أنه لم تتم البرهنة بجلاء على حدوث تأثيرات إيجابية على مدة الانتباه والتركيز وشرود الذهن.

أما عقار الغوانفسين: فتشير التجارب المتعلقة بهذا العقار إلى احتمالية فعاليته في علاج الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ميركولينو وآخرون ٢٠٠٣: ٢٢٣-٢٢٤).

أمَّا عن الآثار الجانبية لهذه الأدوية: التسكين الذي قد يؤدي إلى النوم أحياناً، والصداع، واحتمال هبوط في ضغط الدم، ونقص السكر في الدم، إضافة إلى الالتهابات التي تحدث في الجلد نتيجة لاستخدام اللصاقات ونزعها يومياً، كما أن هذه الأدوية تُعتبر شبيهة بالأدوية المضادة للاكتئاب من حيث توخي الحذر في زيادة أو انخفاض الجرعة بحيث يجب أن يكون ذلك ببطء، وبالتدريج كي لا يؤثر على معدل دقات القلب (سيسالم ٢٠٠١: ١٥٤).

ثانياً: العلاج الأسري وتدريب الآباء Family Therapy and Parents Training

لقد قادت صعوبات الحصول على انتقال أثر التدريب القائم على استخدام أساليب التدخل السلوكية والمعرفية، إلى البحث عن أساليب أخرى للتعامل مع الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط النشاط، بحيث يتوفر لها شرطاً أساسيان:

الأول: أن تستمر هذه الأساليب عبر فترة من الزمن طويلة نسبياً.

الثاني: أن تتم خلال الظروف الطبيعية والبيئية التي من خلالها يُعبِّر الطفل عن أنماط المشكلات المترتبة على أو المرتبطة باضطرابات الانتباه وفرط النشاط.

وحيث أنه يصعب توفير هذين الشرطين من خلال تقديم خدمات وبرامج التربية الخاصة، ولفترة طويلة نسبياً من الزمن، فقد اتجه عدد من الباحثين والممارسين والاختصاصيين إلى اختبار كفاءة برامج تدريب الوالدين، على اعتبار أنهما أكثر الأشخاص البالغين تواجداً ومعايشة واهتماماً بحياة الطفل (الزيات ١٩٩٨: ٢٨٠-٢٨١).

لقد ظهر العديد من برامج العلاج الأسري يُذكر منها ما يلي:

١: برنامج العلاج البيئي Ecological Therapy

انطلق هذا الأسلوب من افتراض مفاده أنَّ المشكلات الإنسانية تنتج عن العمليات المضطربة التي تقع بين الطفل والبيئة (الأسرة، الرفاق، المعلمون) ويرى هذا الأسلوب ضرورة التعامل مع الطفل والأفراد ذوي العلاقة لإيجاد حل مناسب لمشكلته، ويعمل هذا الأسلوب على تحقيق الأهداف التالية:

١-إحداث تغيير في الطفل.

٢-إحداث تغيير في البيئة.

٣-إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات.

طريقة تطبيق البرنامج:

١-العمل مع الطفل: بناء قدرات جديدة، تغيير في الأولويات، توفير المصادر القريبة، إيجاد بيئات أكثر ملائمة.

٢-العمل مع الكبار: تغيير المدركات، خفض التوقعات، زيادة الفهم والمعرفة، إعادة بناء الأنشطة.

٣-العمل مع المجتمع: توفير مصادر أكثر للمدرسة، السماح بالدخول في المجتمع بصورة أشمل، تطوير أواصر التعاون بين المدرسة والمجتمع.

٤-تطوير نماذج جديدة للعلاج: التربية المفتوحة، المدارس العامة البديلة، التركيز على الوقاية، تدريس الصحة النفسية (الزارع ٢٠٠٧: ٦٧).

٢: برامج فورهاند وماكماهون Forhand And Mcmahon:

صُمم هذا البرامج عام ١٩٨١ لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال في عمر (٢-٨) سنوات، ثم استُخدم فيما بعد لعلاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) لنجاحه في علاج الكثير من الاضطرابات السلوكية، ويستند هذا البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعي، واستخدام التعزيز والعقاب

في الاستجابة للسلوكات الصادرة عن الطفل والتي يتم تدريب الوالدين عليها لتعليمهما كيفية التعامل مع السلوكات التي تحدث لدى الطفل في المنزل.

طريقة تطبيق البرنامج:

الخطوة الأولى: يُجري المعالج مقابلة مع الوالدين دون الطفل ليتعرف على مشكلات الطفل، ثم يُجري مقابلة أخرى مع الأسرة بوجود الطفل ليُلاحظ طريقة تفاعلهم مع بعضهم البعض، ثم يوضّح المعالج السلوك المُشكل لدى الطفل ومدى ملاءمته أو عدم ملاءمته لعمر الطفل.

الخطوة الثانية:

يتم تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع طفلهم وتتم عادة في عشر جلسات يمكن أن تزيد حسب مشكلات الطفل، حيث يُستخدم أسلوب لعب الدور، فيتقمص المعالج شخصية أحد الوالدين، ويتقمص الأب أو الأم شخصية الطفل ليوضح كيفية التعامل المناسب.

الخطوة الثالثة:

ملاحظة التفاعل بين الوالدين والطفل في غرفة ملاحظة مخصصة لدى المعالج، حيث يُراقب المعالج الأسرة والطفل من خلف الزجاج، بحيث لا يستطيعون مشاهدته، ويضع الوالدان سماعات في آذانهم يتلّقون من خلالها التعليمات من المعالج على كيفية التفاعل مع السلوك المُشكل، ثم المتابعة المنزلية لما تم البدء به في غرفة الملاحظة.

الخطوة الرابعة:

تتمثل في تدريب الوالدين على طريقة إقصاء أو عزل الطفل (Time out) وهي العزل في غرفة خاصة على شرط أن تكون آمنة وغير مثيرة بحيث يُقفل الباب ويُعزل الطفل لمدة (٥) دقائق حتى يهدأ ويتعهد للوالدين بعدم تكرار السلوك غير المرغوب فيه، وإذا ما استمر في السلوك فإنه يُعزل من جديد، وإذا أصَّر تسحب منه المكافآت مع استمرار أسلوب العزل، إلى أن يتّبع التعليمات (أحمد وبدر ٢٠٠٤: ١٠١-١٠٤).

٣: برنامج باركلي Barkley Program:

اعُتمِد هذا البرنامج عام ١٩٩٨ بهدف تدريب الوالدين على علاج المشكلات السلوكية لدى أطفالهما الذين يعانون من ADHD الذين تتراوح أعمارهم بين (٢-١١) سنة، ويستفيد من هذا البرنامج الوالدان اللذان وصلا في تعليمهما إلى المرحلة الثانوية وما بعد، واللذان لديهما قدر بسيط من المشكلات العائلية والضغوط النفسية الناجمة عن مشكلة طفلهم.

يجب أن يكون لدى المعالج خبرة طويلة في العلاج السلوكي، ويمكن تطبيق هذا البرنامج مع أسر الأطفال بشكل فردي أو جماعي، إلَّا في حال كانت المشكلات السلوكية شديدة، ويتكون البرنامج من (٥) خطوات يتم تدريب الوالدين على كل خطوة في عدد من الجلسات التدريبية:

الخطوة الأولى:

جمع المعلومات عن الحالة ووضع الأسرة، وحثهم على علاج مشكلاتهم الأسرية بأسرع وقت لتوفير بيئة مناسبة للطفل، كما يتم تزويدهم بمعلومات عن اضطراب ADHD.

الخطوة الثانية:

تدريب الأسرة على التفاعل مع السلوك، وحثهم على تعزيز الطفل بعد كل أداء إيجابي وتوفير الحب والحنان له.

الخطوة الثالثة:

تدريب الطفل على الانشغال بعيداً عن الوالدين بتوظيف المعززات المادية.

الخطوة الرابعة:

تدريب الوالدين على كيفية العقاب باستخدام أسلوب الحرمان من اللعب والعزل (Time out) من خلال وضع الطفل في مقعد منزو في غرفة خالية من الأثاث، مع منعه من ترك المقعد إلى أن يتعهد بإتباع التعليمات، ويُدرَّب الوالدين في البداية على التعامل مع سلوك سلبي واحد ثم الانتقال إلى سلوكات سلبية أخرى.

الخطوة الخامسة:

تدريب الوالدين على السيطرة على سلوك طفلهم السلبي خارج المنزل من خلال توضيح التوقعات المناسبة منه مسبقاً قبل مغادرة المنزل وتحديد المعززات وطرق العقاب المتوقع له **(الزيوت، ٢٠٠٥: ١٦)**.

وأمَّا عن إيجابيات وسلبيات هذه البرامج فقد أورد الزيات النقاط التالية:

أولاً: الإيجابيات:

- تتناول هذه البرامج تدريب الوالدين على التركيز على السلوك المُشكل خلال المواقف الطبيعية والبيئية التي يحدث فيها، ومن ثم تكون فاعلية تعديل سلوك الطفل في الاتجاه المرغوب فيه أكثر واقعية وأكثر قابلية للتعميم على المواقف المماثلة.
- الوالدان هم أكثر الأشخاص فهماً للطفل ومعايشة لسلوكاته كما أنهم أكثر الأشخاص الذين يسعى الطفل للحصول على تقبلهما ودعمهما وإرضائهما، ومن ثم يحاول جاهداً تكرار السلوكات المرغوبة والتخلص من السلوكات غير المرغوبة على النحو الذي يريدانه.

ثانياً: السلبيات:

- تُشيِر نتائج الدراسات والبحوث إلى أن الأطفال يجدون صعوبة في تعميم السلوكات وذلك بالتطبيق على المواقف الأخرى حتى داخل المدرسة، كما تُنمِّي هذه البرامج ما يمكن أن يُطلق عليه ظاهرة ثمن السلوك The Cost Of The Behavior، وهي خاصية تُضعف السلوك السوي التلقائي لدى الطفل.

- بالإضافة إلى تباين الأنماط السلوكية التي يشملها التدريب داخل البيت بمعرفة الوالدين، عن تلك التي تحدث داخل المدرسة مع المُدرّسين وجماعة الأقران، تجعل قابلية نتائج هذه التدريبات للتعميم أقل (الزيات ١٩٩٨: ٢٨٤).

ثالثاً: العلاج بالتغذية: -

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة ومدى تأثيرها في ظهور اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأطفال، وأنَّ عمل نظام غذائي خاص لا يحتوي على هذه الأطعمة سوف يساعد في خفض مظاهر ADHD لديهم (اليوسفي ٢٠٠٥: ٣٩).

وتذكر كريستين مايلز (١٩٩٤:١٨٠) أن هناك دلائل تشير إلى أن بعض الأطفال مفرطي النشاط يعانون حساسيات اتجاه الأطعمة (ردود فعل سلبية)، فإذا ما أعطينا هؤلاء الأطفال وجبات خالية تماماً من الغذاء المسبب للحساسية فإن سلوكهم سيصبح طبيعياً، والحساسيات الأكثر شيوعاً هي الحساسية اتجاه مواد التلوين الاصطناعية في الأطعمة (التي توجد في المشروبات والمربيات والبسكويت والكعك والحلويات والعصائر والأطعمة المعلبة المنتجة تجارياً)، أمَّا الحساسيات تجاه الأطعمة الطبيعية كحليب البقر أو البيض أو اللحم فهي نادرة.

وفي دراسة لـ كانكو وآخرون (Kaneko, et al 1993) هدفت إلى التعرف على أنواع الأطعمة التي تؤثر في ظهور اضطراب ADHD لدى الأطفال وتحديدها، تم عمل برنامج غذائي لخفض هذا النشاط الزائد لا يحتوي على هذه الأطعمة، أُجريت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من ١٨٢ طفلاً يعانون من ADHD حيث اعتمدت على تقارير الوالدين في تحديد أنواع الأطعمة التي تؤثر في ظهور هذا الاضطراب وتوصَّل إلى أنواع الأطعمة الممنوعة وهي (السكر – اللبن – الذرة – الشوكولا – البيض – الدقيق – الألوان الصناعية المضافة للأطعمة الخاصة بالأطفال ومحسنات الطعم) وبعد تحديد هذه الأنواع من الأطعمة قام بعمل برنامج أو نظام غذائي لا يحتوي على هذه الأطعمة بنسب محدودة ولمدة خمس سنوات، ثم أجرى تقييم للمظاهر السلوكية للنشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال فوجد تأثير عال لهذا البرنامج الغذائي في خفض المظاهر السلوكية لنقص الانتباه/النشاط الزائد لدى أطفال عينة الدراسة، ووضعت الدراسة توصيات باستشارة الطبيب المتخصص في التغذية في وضع النظام الغذائي الخاص بهؤلاء الأطفال وخاصة الذين لديهم حساسية من بعض الأطعمة (اليوسفي ٢٠٠٥: ٤٠).

كما أشارت دراسات وبحوث أخرى إلى أهمية استخدام التدخل العلاجي بالتغذية للأطفال ذوي اضطرابات الانتباه مفرطي النشاط وإلى وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب فرط النشاط لدى الأطفال، وقد اعتمدت هذه الدراسات على اختيار مفحوصيها من الأطفال الذين لديهم نوع من الحساسية للتغذية، ومن الدراسات الجديدة في هذا المجال دراسة كابلان وآخرين Kaplan, etal التي أُجريت على عدد من المفحوصين الذين يعانون من الحساسية لأنواع معينة من الغذاء، وقد أظهرت النتائج أن ٤٢%من المفحوصين قد حققوا تحسناً بمعدل ٥٠%من سلوكاتهم، وأن ١٦%حققوا تحسناً بنسبة ١٢%فقط (الأدغم وآخرون، ١٩٩٩)

نظراً لأهمية الحمية الغذائية في خفض أعراض ADHD فقد ظهر العديد من البرامج التي تُنظِّم النظام الغذائي الخاص بهؤلاء الأطفال.

ففي عام ١٩٧٣ نشر الطبيب فاينغولد المختص بطب الأطفال والحساسية كتاباً بعنوان "لماذا طفلك مفرط بالنشاط" وذكر في هذا الكتاب أن الأصباغ الغذائية الصناعية ومواد الطعم والمواد الحافظة المضافة للمنتوجات الغذائية هي العوامل الأساسية في الاضطرابات السلوكية والتعليمية عند الأطفال، وقد أوصى بطريقة غذاء سُميت "بغذاء فاينغولد" كعلاج لظاهرة عدم التركيز والإفراط في النشاط، ويعتمد هذا الغذاء على الامتناع عن الأغذية التي تحتوي على الأصباغ الغذائية الصناعية ومواد الطعم والمواد الحافظة وعن مواد غذائية تحتوي على مواد معروفة باسم (سليسيلات) وهي نوع من الأملاح الموجودة في غذاء الطفل مثل الآيس كريم ولحوم لانشون والشاي والمشروبات الصناعية وأنواع الكعك وأنواع من الخضار مثل: الخيار، والفاكهة مثل: الفراولة والعنب والخوخ والزبيب، وكذلك الأدوية والفيتامينات والملونات الصناعية والأسبرين، ويذكر فاينغولد أنه من (٣٠% : ٥٠%) من أطفال ADHD قد أظهروا تحسُّناً باستخدام هذا النظام الغذائي (الجعافرة ٢٠٠٨: ٥٦) و(مسعود ٢٠٠٢: ٣٤).

أمَّا عن البرنامج الغذائي الذي وضعه كوان (Cowan, 2002) فقد أوصى باستخدام هذا البرنامج قبل استخدام العلاج الطبي والعلاجات السلوكية المختلفة: ويحتوي هذا البرنامج على قائمة الممنوعات من الأطعمة لمدة أسبوعين مثل: الألبان الطبيعية والأغذية المحفوظة والعصائر التي تحتوي على نسبة كبيرة من السكر والشوكولا وقائمة من الأغذية المسموح تناولها مثل: البيض وزيت السمك والخضراوات والفاكهة، وقد ثبتت فعالية هذا البرنامج في خفض فرط النشاط بنسبة تصل حتى٢٠% لدى الأطفال اللذين طُبِّق عليهم البرنامج (مسعود المرجع السابق: ٣٥).

ومع ذلك يجب أن نبيّن أن تغيير الحمية كما أشار فاينغولد أو غيره ليس علاجاً للنشاط الزائد بسبب أن القليل من الأطفال زائدي النشاط يكونون مصابين بأمراض حساسية للأطعمة أو لمواد أخرى (Kail & Nelson,1993: P.437).

وفي ضوء ما تقدَّم يمكن استخلاص التعميمات التالية:

- إنَّ الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط النشاط الذين يستجيبون للتدخل العلاجي بالتغذية هم أولئك اللذين لديهم حساسية لأنواع معينة من الغذاء.
- أن الدراسات التي أُجريت على عينات عشوائية غير مختارة لم تصل إلى تأثر عيناتها تأثراً دالاً بالتدخل العلاجي بالتغذية.
- أن العمر الزمني الذي عنده يحدث التدخل العلاجي بالتغذية هو أحد العوامل الهامة، وكلَّما كان التدخل مبكراً كلما كانت النتائج أكثر إيجابية (الزيات ١٩٩٨: ٢٧٩-٢٨٠).

رابعاً: التعديل السلوكي *Behavior Modification*: -

يؤكد العلاج السلوكي عبر تقنيات تعديل السلوك على أن محور اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد هو شدة تكرار السلوكات الموجودة لدى الأطفال المصابين بالمقارنة مع الأطفال العاديين، وللحد من هذه السلوكات واستبدالها بأخرى تكيفية فإنه لابد من استخدام التقنيات المبنية على نظريات التعلم وذلك من خلال ضبط المتغيرات والظروف البيئية ذات العلاقة، واضعين بعين الاعتبار أنَّ العلاجات الدوائية وإن أثبتت نجاحاتها مع العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد إلّا أنها لم تنجح مع جميع المصابين من ناحية، كمّا أنها تعمل على الحد من الأعراض غير التكيفية للاضطراب دون تزويد الطفل بسلوكات تكيفية أخرى بديلة من الناحية الأخرى (الدراس ٢٠٠٧: ٧١).

هذا ويمتاز العلاج السلوكي بفاعليته في علاج مدى واسع من الاضطرابات الحركية كما يمتاز بتعدد أساليبه وتنوعها مما يسمح بعلاج العديد من المشكلات لدى الأفراد في مراحل عمرية مختلفة، ويمتاز أيضاً بسهولته النسبية وقلة آثاره الجانبية إذا ما قورن بالعقاقير (يوسف ٢٠٠٠: ٢٤٤).

ويرى الخطيب (١٩٩٢: ٢٦-٢٧) أن تعديل السلوك من أهم الاتجاهات العلاجية للمشكلات السلوكية، التي يعاني منها الأطفال بصفة عامة والمعوقين بصفة خاصة، وعلى وجه التحديد قدَّمت تقنيات تعديل السلوك استراتيجيات فعّالة للتدخل العلاجي والتربوي يمكن توظيفها بنجاح وسهولة نسبياً؛ لتشكيل السلوك التكيفي، وإزالة السلوك غير التكيفي.

ويؤكد السلوكيون أن اضطراب الانتباه والنشاط الزائد ناتج عن أحد العوامل الآتية:

- الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه.
- تعلُّم أساليب سلوكية غير مناسبة.
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة (شقير ١٩٩٩).

كما يشير إبراهيم (١٩٩٣: ١٠) أن كثيراً من المعالجين السلوكيين يرون أن هناك علاجاً متعدد الأوجه يمكن استخدامه ليشمل:

- الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم عند بافلوف، وسكينر بشكل خاص.
- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي التي تُركِّز على تعديل الأساليب الخطأ من التفكير والتدريب على حل المشكلات.
- الأساليب الاجتماعية بما فيها التدريب على المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة.

الخصائص الرئيسية التي يتميز بها أسلوب تعديل السلوك:

١-أن تعديل السلوك لا تاريخي: بمعنى أنه لا يهتم بالدرجة الأولى بتاريخ حياة الشخص صاحب المشكلة، وبخبرات الطفولة التي مرَّ بها، أو متى اكتسب الاضطراب السلوكي الذي يعاني منه، بل

إنه يهتم بدرجة كبيرة بالأعراض الحالية، وما يلاحظ من سلوك على الفرد، كما أن اهتماماته تنحصر بدرجة أكبر في تحديد نماذج السلوك الخاطئ الذي يمارسه الفرد حالياً.

٢-يتجنب أسلوب تعديل السلوك تصنيف الأفراد إلى فئات معينة، أو وضعهم تحت عناوين مميزة، كما يتحاشى استخدام المفاهيم والمصطلحات الغامضة غير المحددة مثل غير سوي Abnormal ومنحرف Deviant أو مريض عقلياً Mentally Ill، لأنَّ هذه الصفات التي تُطلق على الأشخاص لا تفيد كثيراً التحليل الوظيفي للسلوك موضع اهتمام هذا الأسلوب.

٣-يعتمد أسلوب تعديل السلوك على الإدراك والوعي والاقتناع بإجراءاته، سواء من جانب الأفراد أصحاب المشكلات السلوكية، أو المعلمين، أو الآباء أو غيرهم، حيث أن ذلك يُحقق نتائج أفضل لهؤلاء الأفراد، كما يزيد من حماسهم ودافعيتهم للتعاون في حل المشكلات.

٤-ومن أهم خصائص هذا الأسلوب أنه لا يحتاج إلى علاقة مباشرة وجهاً لوجه بين ممارس تعديل السلوك الذي يُخطط ويُشرف على تنفيذ البرنامج والمتعالج، لذلك يستطيع اختصاصي تعديل السلوك تدريب الوالدين أو المعلمين على القيام بتنفيذه على التلاميذ، أو على غيرهم من الأفراد.

٥-يعتمد تعديل السلوك بدرجة كبيرة على أساليب ضبط الذات Self-Control التي تُحقق تعليم الأشخاص كيفية القيام بتنفيذ برامج التغيير على أنفسهم، مما يساعد على تحقيق فاعلية برامج تعديل السلوك، وخاصة عندما يُدرك الأشخاص أنهم المعنيون بتغيير السلوك، وأنهم المستفيدون من هذا التغيير (الشرقاوي ١٩٨٢: ٤١-٤٣).

النماذج النظرية التي يستند إليها منحى تعديل السلوك: -

أ – نموذج الاشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning Model:

تُركِّز مبادئ هذا النموذج على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تستثير سلوكاً جديداً أو إلحاق منبهات جديدة إلى استجابات متوفرة سابقاً، ومن النماذج المعروفة التي انبثقت عن هذه المبادئ النموذج المعروف باسم سلوكية المثير– الاستجابة (Stimulus- Response Behaviorism) التي وضع أسسها عالم النفس الأمريكي جون واطسون استناداً إلى دراسات عالم النفس الفسيولوجي الروسي إيفان بافلوف، وتبعاً لهذه الأسس، طوَّر جوزيف ولبي أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، وطوَّر هانز إيزنك أسلوب المعالجة بالتنفير، وطوَّر سالتر أسلوب معالجة ردود الفعل الشرطية، إضافة إلى الإفادة من قوانين التعلم التي وصفها بافلوف، فقد وظَّف هؤلاء المعالجون المبادئ التي قدمتها نظريات التعلم لهل ومورر وجثري وغيرهم.

ب -*نموذج الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning Model* :

وهو يُركِّز على دور عواقب معينة (تدعيمات) في تغيير قوة استجابة سابقة، ويتحقق تعديل السلوك إمَّا عن طريق تغيير مباشر في عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تُخضِع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها المتعالج مرتبطة بعواقب تدعيمية معينة (منبهات تمييزية).

وقد استند هذا النموذج إلى بحوث ثورندايك حول الإشراط الفعال (Instrumental (Conditioning وبخاصة – منها – قانون الأثر، وبحوث بورس سكنر المعروفة باسم التحليل السلوكي التجريبي (The Experimental Analysis Of Behavior) هذا وينصب جل اهتمام الباحثين والممارسين الذين يُوظِّفون هذا النموذج على تحليل السلوك في الوضع البيئي الطبيعي الذي يحدث فيه وعلاقته بالمتغيرات البيئية القبلية والبعدية.

جـ- نموذج التعلم عن طريق الملاحظةThe Observational Learning Model :

وهو يستخدم أساليب تيسر التعليم عن طريق التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين، ويرى أتباع هذا المنحنى أنَّ التعلم قد يحدث دون تدريب مباشر أو دون تأثير مباشر للظروف البيئية، وإنما من خلال التعلم بالملاحظة The Observational Learning، أو ما يسمى أيضاً بالتعلم بالمحاكاة أو النمذجة (Modeling).

د– نموذج التعلم المعرفي Cognitive Learning Model:

لقد عُرِّف هذا المنحى بالمنحى السلوكي المعرفي Behaviorism cognitive، أو بمنحى تعديل السلوك المعرفي Modification Behavior Cognitive، ومن القضايا الهامة التي يُركِّز عليها هذا النموذج كيفية إدراك الشخص للأحداث البيئية، وتفسير الشخص ذاته لسلوكه وتبريره له، وأنماط التفكير لدى الشخص، والتحدُّث إلى الذات والاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الشخص واستراتيجيات الضبط الذاتي، وقد انبثقت عن هذه المبادئ أساليب مختلفة لتعديل السلوك الإنساني مثل أسلوب إعادة البناء المعرفي، والتعليم الذاتي، والعلاج المعرفي، وحل المشكلات والعلاج العقلاني الانفعالي وغير ذلك.

ويُميز هذا النموذج بين اكتساب الاستجابة وتأديتها، فالسلوك قد يتعلمه الفرد على المستوى المعرفي قبل أن يقوم بتأديته، أمَّا التعزيز، وهو حجر الأساس في النموذج الإشراطي فهو عملية مُنظِمة للسلوك وليس عملية ضابطة، فاكتساب الفرد للسلوك أو عدم اكتسابه له يعتمد على عوامل معرفية مختلفة منها ما يتصل بالملاحظ (مثل الانتباه والتذكر) ومنها ما يتصل بالنموذج (جنسه، مكانته) وكما يرى أصحاب هذا النموذج، أن الهدف الأساسي الذي تتوخى أساليب تعديل السلوك تحقيقه هو تطوير القناعة لدى الفرد بالكفاية الشخصية (الخطيب ٢٠١٣: ٢٣-٢٤) و (مليكة ١٩٩٠: ٣٠).

أهمية وأهداف تعديل السلوك: -

١-تحقيق الأهداف التربوية بعيدة المدى لدى الأطفال.

٢-تحقيق الأهداف التربوية قصيرة المدى لدى الأطفال.

٣-تثبيت أشكال السلوك المرغوب فيها لدى الأطفال.

٤-تغيير أشكال السلوك غير المرغوب فيها وتقليل فرص ظهورها لدى الأطفال.

٥-ضبط سلوك الأطفال بضوابط خارجية أولاً، وبضوابط داخلية فيما بعد (الروسان ٢٠٠٠:٥٣).

مراحل تعديل السلوك: -

١-تحديد وتعريف السلوك المراد تعديله.

٢-إيجاد بديل معارض من السلوك بحيث لا يقوم بسلوكين معاً.

٣-كما يجب معرفة وقت حدوث السلوك بدقة.

٤-اختيار أسلوب أو طريقة لتعديل السلوك (العقاب، التعزيز، الإطفاء).

٥-تقييم البرنامج عن طريق تسجيل المراد قياسه، قبل التعديل وبعده.

٦-التعميم (سفر ٢٠٠٦: ١٢).

أساليب التعديل السلوكي: -

يعتمد العلاج السلوكي على مجموعة من الأساليب والإجراءات التي تهدف إلى زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه، أو تقوية هذا السلوك أو تعليمه سلوكاً جديداً، أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه، ويرى القمش والمعايطة أن من أبرز فنيات العلاج السلوكي التي أثبتت فاعليتها في الحد من مشكلة النشاط الزائد ونقص الانتباه ما يلي:

١-التنظيم الذاتي Self-Regulation الذي يشمل الملاحظة الذاتية Self-Observation المراقبة الذاتية Self-Monitoring والتعزيز الذاتي Self -Reinforcement ويتمثل المسوغ الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة نقص الانتباه/النشاط الزائد في افتراض مفاده: أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه في ظروف أخرى دون تدخل علاجي خارجي.

٢-التعزيز الرمزي Token Reinforcement.

٣-التعاقد السلوكي Behavioral Contracting.

٤-التغذية الراجعة Feedback.

٥-الاسترخاء Relaxation (القمش والمعايطة ٢٠٠٩: ٢٠٠).

أمَّا عن تدخلات تقنيات نموذج الاشتراط الإجرائي: Operant Conditioning Model،في علاج نقص الانتباه/النشاط الزائد ADHD.

وُجد بشكل عام أن إجراءات تعديل السلوك تؤدي إلى تحسُّن السلوكات الصفية للطلاب الذين يعانون من ADHD، ولكن تأثيرها على الأداء الأكاديمي كان محدوداً نسبياً، بالإضافة لذلك فإن استمرار التحسُّن لدى هؤلاء الأطفال بعد انتهاء العلاج السلوكي يُشكِّل تحدياً لأساليب تعديل السلوك (القرعان ٢٠٠٦: ٢٩).

هذا ويؤكد الزيات ١٩٩٨ أنه في ضوء الدراسات والبحوث التي أُجرِيت لمعرفة فائدة تدخل تقنيات نموذج الاشتراط الإجرائي في علاج ADHD يمكن استخلاص النتائج التالية:

- أن تعديل السلوك يمكن أن يُحقق بعض النتائج بالنسبة للأنماط السلوكية التي تحدث في كل من المدرسة والبيت، من خلال خفض معدل حدوثها أو تكرارها.

- أن تعديل السلوك لا يمكن أن يُحوِّل ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد إلى أطفال عاديين، أي الانتقال بالطفل من حالة اللاسواء إلى حالة السواء.
- أن الاستجابة لبرامج أو مدخل تعديل السلوك تقتصر على بعض الأطفال، وأن معظم الأطفال لا يستجيبون على نحو موجب لبرامج أو مدخل تعديل السلوك (الزيات: ٢٨٠).

أمام هذه المشكلة تم اقتراح نموذج بديل يعتمد على أساليب تعديل السلوك مع العقاقير المنشطة، ففي دراسة قام بها كارلسون وبلهام وميلك ودوكسون (Carlson, Pelham, Milich& Doxn,1992) حول أثر استخدام أساليب تعديل السلوك والريتالين (مرة بشكل منفرد وأخرى بشكل مشترك) على السلوكات الصفية والأداء الأكاديمي، وجدوا بأن استخدام كل من تعديل السلوك والريتالين مع بعضهما كانا ذا فاعلية أكبر في خفض مستوى المشكلات السلوكية في الصف مقارنة مع استخدامها بشكل منفرد أمَّا المراجعة التي قام بها كلاسن و ميللر ورين وأولسون (klassen,Miller,Raina,Lee& Olsen1999) لـ ٢٦ دراسة استخدمت إما العلاج السلوكي أو العلاج بالعقاقير المنشطة بشكل منفرد، أو كلا الأسلوبين معاً، في معالجة الأطفال الذين يعانون من ADHD أو اضطراب ADD، حيث أكدت النتائج أن العلاج بالعقاقير المنشطة وحده كان ذا فاعلية أكثر مقارنة مع استخدام أساليب العلاج السلوكي وحدها، في حين كان استخدام كلا الأسلوبين معاً أكثر فاعلية مقارنة مع استخدامها بشكل منفرد (القرعان ٢٠٠٦: ٣٠).

بصورة أدق، إنَّ هذا العلاج الطبي بإمكانه أن يُخفِّض مستوى النشاط بنسبة تصل إلى حوالي ٢٨% ضمن البيئات الصفية (Porrino etal, 1983) بينما تكون معدلات التحسن أقل بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة، فحوالي ٥٠% منهم فقط يمكن أن يستجيب بشكل جيد وكبير، إنّ مقارنة فاعلية طريقة العلاج بالمنبهات النفسية مقابل برامج علم النفس الاجتماعي من خلال الدورات الصيفية (تدريب الوالدين وتدريب الطفل على المهارة الاجتماعية والأكاديمية مع رفيق المدرسة) قد لُخصت بـــ:

١-المعالجات المشتركة الطبية والسلوكية/المعالجات النفسية الاجتماعية كانت مساوية للمعالجة الطبية وحدها ولكن بشرط أن تكون الجرعات الطبية مخفضة.

٢-المعالجات المشتركة كانت الأفضل بالنسبة للاهتمام المشترك التقليدي مثل: المهارات الاجتماعية والتحصيل الدراسي وعلاقات الطفل بوالديه.

٣-المعالجات المشتركة كانت الأفضل على ١٢ مقياس من بين ١٩ مقياس وكانت المعالجة الطبية وحدها الأفضل على ٤ مقاييس.

٤-كان الوالدان أكثر اقتناعاً بالعلاج من الناحية السلوكية من المعالجة الطبية وحدها، لأن المعالجة الطبية أدت إلى تناقص التفاعلات بين الطفل ووالديه.

٥-المعالجة الطبية والمعالجة النفسية الاجتماعية كانتا مؤثرتين بشكل متساو في الحدث المشارك للـ ADHDواضطرابات القلق وكلتاهما كانتا الأفضل بالنسبة للاهتمام المشترك (Whalen,2001).

أساليب التعديل المعرفي للسلوك Cognitive Behavior Modification في علاج نقص الانتباه/النشاط الزائد ADHD:

يؤكِّد الزيات أن التعديل المعرفي للسلوك (CBM) من بين أساليب المعالجة المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه/النشاط الزائد، كما لو كان قد تم تصميمه لهذه الفئة من الأطفال، حيث يقوم التعديل المعرفي للسلوك على تدريب هؤلاء الأطفال على اكتساب مهارات: التخطيط Planning Skills وحل المشكلات Problem Sloving Skills وضبط أو تنظيم الذات Self-Regulation التي يفتقر إليها مجتمع هذه الفئة من الأطفال.

ويقوم الأساس النظري للتعديل المعرفي للسلوك في جزء كبير منه على الإسهام المتميز لبعض علماء النفس الروس لوريا وفيجوتسكي (Luria & Vygotsky) اللذين ركزَّا على أهمية التحكم اللفظي الذاتي للسلوك خلال نمط النمو العادي للأطفال، حيث تشير نظريتهما إلى أن الضبط أو التحكم اللفظي أو التعبير يعد واحداً من أكثر العوامل أهمية في ضبط السلوك خلال التطور النمائي له (الزيات ١٩٩٨: ٣١٦).

يتمثل هذا المنهج الذي ابتكره ميشينبام (Donald Meichenbaum) في الجمع بين المناهج المعرفية والسلوكية أحسن تمثيل، مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتي، وقد استطاع من خلال منهجه في تعديل التعبيرات الذاتية أن يُحدِّث تغييرات مرغوبة في الأطفال زائدي النشاط والاندفاعيين، وفي الناس الذين يرغبون في تحسين الابتكارية أو التخفيف من القلق، أو الاختبارات (مليكة ١٩٩٠: ٢٤٥).

ففي عام ١٩٧١، واستناداً إلى تعريف Jensen في عام ١٩٦٦ للتوسط اللفظي، صاغ Meichenbaum الفرضية القائلة بأن الأطفال مفرطي الحركة ونتيجةً لطبيعتهم الاندفاعية لا يقومون بتحليل التجربة أو الاختبار بلغة التوسط المعرفي أو يتمسكون بالقواعد التي قد تعمل كخطوط توجيهية لحالات تعلم جديدة، وبناءً على نظرية التعلم الاجتماعي ونظريات السوفيات النمائية، وكمتابعة لأعمال Palkes وفريقه، قام كلاً من Meichenbaum وGoodman في عام ١٩٧١ بتطوير برنامج تدريب معرفي توسطي للتعلم الذاتي. يقوم برنامج التدريب هذا على دمج نمطين من النمذجة ويُقصد بهذين النموذجين السرّي والعلني، ويُدخل بعض التعديلات على المعالجات السابقة: هذه التعديلات تتضمن استخدام التعليمات الذاتية والهدف منها اعتراض سلسلة الأفكار غير الملائمة التي تجعل الطفل الاندفاعي يستغرق بضعة دقائق قبل حل المشكلة (استجابات مسيطرة) لكي يتم تطبيق ما تعلموه من هذه التعليمات الذاتية عملياً واستبدالها بسلسلة من الأفكار تكون مفيدة في حل المشكلات. في عام ١٩٧٤ وصف Meichenbaum بالضبط هذه التعليمات الذاتية على أنها نوع من الإضافة أو الترميم المعرفي حيث يمكن تطبيقها لتسهيل عملية تعديل السلوك.

لقد صُمم برنامج التدريب على التعلم الذاتي لتنفيذه في خمس مراحل حيث تُظهر هذه المراحل الخمسة محاولة الانتقال من إجراءات الضبط الخارجي للسلوك إلى إجراءات الضبط الداخلي أو إجراءات الضبط الذاتي:

١. النمذجة المعرفية: ينمذج المعالج التعليمات بصوتٍ عالٍ والطفل يستمع وينظر.
٢. التوجيه الخارجي: ينفذّ الطفل نفس المهمة باتباع توجيهات وإرشادات المعالج، من خلال التلفظ شفهياً بالتعليمات الذاتية.
٣. تقديم التوجيه الذاتي: يُنفذّ الطفل المهمة بالتلفظ بصوت مسموع ويقول لنفسه التعليمات الذاتية.
٤. تقديم التوجيه الذاتي المخفف تدريجياً: يعمل الطفل على همس التعليمات الذاتية لنفسه.
٥. التعليمات الذاتية المخفية أو السريّة: يستخدم الطفل حديثه الداخلي لتوجيه أداءه بصمت.

أما فيما يتعلق بنوع المهام التي تستفيد من استخدام التدريب على التعلم الذاتي، فقد تراوحت الاختبارات بين المهارات الحسية-الحركية البسيطة ومهارات حل المشكلات الأكثر تعقيداً، إنَّ المهام القائمة على النسخ وعلى الإنتاج من جديد، يتبعها سلسلة من التعليمات مأخوذة عن اختبار ستانفورد-بينيه للذكاء، هذه المهام مثل إكمال سلسلة من الرسومات، على سبيل المثال: اختبار المهارات العقلية الأولية، واختبار المصفوفات المتتابعة لرافن، طُبقت هذه الاختبارات وفي كل حالة نمذج المعالج التعليمات الذاتية الملائمة لكل نوع من المهام (Meichanbaum,1971)، وفي الوقت نفسه كانت قد بدأت دراسات أخرى بتطبيق برامج تدريبية قائمة على التعلُّم الذاتي حيث تضمنّت استراتيجيات متعددة من النمذجة، على سبيل المثال: في عام ١٩٧٦ قام كل من Douglas و Parry و Marton و Garson بتدريب الأطفال على استخدام العبارات اللفظية التالية:

١. أنا بحاجة للتوقف والتفكير قبل البدء بالعمل.
٢. ما الخطط أو الاستراتيجيات التي عليّ إتباعها؟
٣. كيف عليّ أن أتصرف إذا نفذتها بهذه الطريقة؟
٤. ماذا عليّ أن أُجرب في المرّة القادمة؟
٥. هل قمت بعمل جيد حتى الآن؟
٦. انظر، لقد ارتكبت خطأً هنا، لقد قمت بتصحيحه.
٧. الآن، دعنا نرى، هل جربت كل ما أستطيع القيام به أو هل حاولت بكل طاقتي؟
٨. لقد قمت بعمل جيد.

لقد وجد Meichenbaum عاملا مشتركا بين الدراسات التي تضمنت تدريباً على التخاطب بصوت عالٍ، كل هذه الدراسات كانت أهدافها تُركّز على تعلّم سلسلة من المهارات من أجل أداء أكثر فعالية (Meichenbaum &Asarnow,1979; Meichenbaum,1985)

وتضمن:

١) تعريف وتحديد المشكلة والتساؤل ذاتياً (على سبيل المثال: "ما الذي عليّ فعله الآن؟")

٢) محاولة تركيز الانتباه على المشكلة.
٣) إتباع استراتيجيات محددة لتنفيذها على الاختبار والتوجه للإجابة، (على سبيل المثال: "الآن، عليّ التوقف وتكرير أو إعادة التعليمات بدقة").
٤) التعزيز الذاتي، لِما تم من محاولات، ومن ضمنه التقييم والتقييم الذاتي ("حسناً، لقد قمت بعمل جيد").
٥) تكرار المهارات الصحيحة، وتقديم مقترحات لتصحيح الأخطاء ("حسناً، حتى لو أخطأت، بإمكاني دائماً المحاولة ثانية بتأني").

هذا التدريب المعرفي يجب أن يُقدّم على نطاق واسع من الاختبارات والمهام والأشخاص (مُدربين، معلمين، آباء) لكي يتم التأكد من أن الطفل لا يطوّر استجابته اتجاه مهمة محددة فقط ولكنه يقوم بتعميم الاستراتيجيات (Meichenbaum & Asarnow,1979).

هناك نوع آخر من العبارات اللفظية الممتعة طُبقِت من قبل آخرين وهم Brown و Wynne و Medenis في عام ١٩٨٥ في برنامجهم التدريبي القائم على العلاج السلوكي-المعرفي بالنسبة لأطفال تتراوح أعمارهم بين (٦-١١) سنة، حيث قاموا باتباع برنامج Meichenbaum و Goodman لعام ١٩٧١ وهو برنامج تدريبي قائم على التعلُّم الذاتي، حيث استخدموا ما أسموه (بطاقات تفكير البطل الخارق) والتي تنمذج بصرياً استراتيجيات التعلم:

١. ماهي مشكلتي، وماذا عليّ أن أفعل؟
٢. كيف يمكنني فعل ذلك؟
٣. هل أُفكرّ وأُطبّق خطتي؟
٤. إن أخطأت، يمكنني العودة وإصلاح ذلك الخطأ.
٥. كيف قمت بذلك، أو كيف أنجزت ذلك؟
٦. أنت يمكنك القيام بذلك أيضاً، أنت بحاجة فقط أن تتعلم حيلي في التفكير الخارق.

<u>تقنية التعلم الذاتي المستخدمة في الدراسة الحالية من الجلسة السادسة ولغاية الجلسة الثالثة والعشرين المُعدة من قبل إيزابيل أورجاليس فيللر Isabelle Orjales Villar:</u>

لعدة سنوات كان يُنظر للعلاج القائم على التعلم الذاتي كدواء عام لجميع الأمراض، فقد أثبت العلاج القائم على التعلُّم الذاتي فعالية في خفض الاندفاعية (Weithorn& Kagen,1979; Brown.1980)، وفي زيادة القدرة على التخطيط والتركيز والقدرات الاستنتاجية (Meichenbaum,1976)، وفي تحسين المهارات الاجتماعية (Shure,1981)، وفي زيادة الأداء الأكاديمي (Cameron& Robinson,1980; Abikoff& Gittleman,1983). من ناحية ثانية، وبالرغم من أن دراسات عديدة أثبتت فعاليتها (Hinshaw, Henker& Whalen,1984; Konstantareas& Hermatidis,1983)، إلاّ أن بعض الدراسات الأخرى لم تستطع إثبات هذه النتائج الإيجابية (Abikoff & Gittelman,1985).

بين عامي (١٩٧٧-١٩٩٢) قدّم Meichenbaum بعض المقترحات السريرية لتنفيذ هذه البرامج بنجاح:

- ◈ استخدام الاختبارات المفيدة للتدريب على الاستراتيجيات المعرفية المتتابعة.
- ◈ استخدام تعليم النظير للحصول على نماذج أطفال معرفيين.
- ◈ تطبيق البرامج وفقاً لإيقاع الطفل وإنشاء مجموعة من التعبيرات الذاتية.
- ◈ منع الطفل من استخدام التعابير الذاتية بطريقة آلية.
- ◈ اشتمال هذه البرامج على المعالج الذي يُشجّع الطفل على الاستجابة.
- ◈ تعلّم واستخدام التدريب على التعلم الذاتي مع استجابات منخفضة الحدة.
- ◈ إكمال التدريب عن طريق استخدام الصور مثل تقنية أو أسلوب السلحفاة (Scheider& Robin,1976).

تقنية السلحفاة: وهي تكتيك يتم تعليمه للطفل بحيث يتعين عليه أن يتصور نفسه كسلحفاة تنسحب لتدخل إلى قوقعتها، وفي هذه الحالة فإن عليه أن يجعل ذراعيه يستقران بجانبه، وأن يضم قدميه، وأن يحني ذقنه ليقترب من رقبته، ويتعين عليه أن يقوم بذلك أثناء العد حتى العشرة مع التنفس بعمق مع ذكر كل رقم من الأعداد العشرة، فأسلوباً تقنياً، أي تكتيكياً كهذا يمكن أداؤه ببساطة إضافة إلى تميزه بالدعابة بالنسبة للطفل الصغير، ولكنه في الوقت نفسه حيلة نفسية؛ فعندما نضم الذراعان والقدمان لبعضهما البعض لا يستطيع الفرد أن يضرب أو يرفس، وعند الأخذ بالعد حتى العشرة تصل إشارة إلى المخ ليقوم بالاسترخاء للتقليل من إنتاج الكيماويات العضوية المرتبطة بالعدوانية وهي الكيماويات التي تسمى Catecholamines، وهي تزيد من الإثارة والميل للعراك، وعند حني الذقن لتقترب من الصدر فإن ذلك يحول دون رؤية الخصم فمن المستحيل أن يتشاجر الإنسان مع شخص لا يراه (شابيرو ٢٠٠٧).

- ◈ إتمام التدريب على التعلم الذاتي مع التدريب على الانسجام أو التوافق (Roger,Warren& Baer,1976).
- ◈ إتمام التدريب على التعلم الذاتي بواسطة إجراءات مؤثرة مثل تكلفة الاستجابة.

خلال السنوات اللاحقة، كان هناك محاولة للتغلب على محدودية أو قيود العلاج المعرفي التوسطي، من خلال دمج أو توحيد العناصر السابقة مع بعضها، على حدٍ سواء السلوكية والمعرفية، والتي من ضمنها: التقييم الذاتي، التسجيل الذاتي، التدريب بواسطة الاستراتيجيات الاستكشافية، إيجاد حلول للمشكلات الأكاديمية والاجتماعية والمعرفية، مثل لعب الدور، التعزيز الذاتي، العقاب الذاتي، تكلفة الاستجابة، العزل (Barkley, Copeland& Sivage,1980).

في عام ١٩٨٥ حدّد Meichenbaum سلسلة من المميزات أو الخصائص المشتركة بين كل هذه العلاجات التدريبية السلوكية-المعرفية سواء عندما تُطبّق على الأطفال الاندفاعيين أو على الأطفال

الذين يعانون من صعوبات أكاديمية أو اجتماعية. هذه المميزات أو الخصائص مازالت تُستخدم في العلاجات السلوكية المعرفية المُطبقة في الوقت الحاضر، هذه البرامج:

١. تشتمل على طلاب بوصفهم مشاركين نشطين أو متعاونين في عملية تعليمهم الخاص.
٢. تستخدم العبارات اللفظية الصريحة أو الظاهرية كنقطة انطلاق نحو استخدام العبارات اللفظية الذاتية أو الخفية والعبارات اللفظية الدقيقة بدرجة أكبر تُستخدم كخطوة باتجاه العبارات اللفظية الأكثر تعميماً إلى حدٍ بعيد.
٣. تتطلب تحليل دقيق للمهمة وتحديد الاستجابة المطلوبة من خلال تطوير سلسلة من المراحل "الأدوار".
٤. تُفيد في استخدام النمذجة وفي تكرار أو إعادة الاستراتيجيات الخاصة بالمهمة المطورة بعيداً عن قدرات ومعارف الأطفال السابقة.
٥. تُركّز الانتباه أو تلقي الضوء على تعلُّم الاستراتيجيات العامة المعرفية العليا أو التنفيذية.
٦. تتضمن عامل وقاية من الانتكاسات (بمعنى من المعاني ردود الفعل المبكرة تجاه الفشل والانتكاسات "التراجع") والتعميم المبرمج. إن فعالية مجموعات العلاج السلوكي المعرفي أوجدت نتائج إيجابية (Kendall& Urbai,1981; Moore& Cole,1978) فيما يتعلق بصعوبة الأداء المدرسي بشكل عام (Douglas&Cole,1976) وعلى مستوى انخفاض أو تدني النتائج النهائية الملحوظة (أي أصبح هناك تحسُّن على مستوى النتائج بشكل عام).

إن عدم فعالية العلاج الظاهرة لدى العديد من هذه الدراسات يمكن أن تُعزى إلى صغر حجم العينات أو إلى تنوع أو اختلاف المعالجات المُطبقّة ومقدارها، أو إلى عدم مرونة المجموعة المُعالَجَة، التي اختيرت بغض النظر عن الخصائص والتاريخ المرضي لكل واحد منها، أو إلى تغيّر شدة الأعراض، أو إلى أعمار المجموعة عند تطبيق البرنامج عليها، أو إلى تضمّن البرنامج للعلاج بالعقاقير أو عدم تضمنه لذلك، أو إلى وجود البرامج العامة التي تنقل المعرفة المكتسبة إلى الإطار المدرسي (Orjales,1977).

خلال السنوات القليلة الماضية، وفيما يخص تعديل معايير التشخيص، هذا أحدث أو سَببّ حصر في عيناتنا من الأشخاص الذين لديهم أعراض نقص انتباه فقط، ومع ذلك، فإنَّ العامل الحاسم هو قِصر فترة التدخلات التي تُنفذ في هذه الدراسات (في أفضل الحالات، ٣٠ جلسة خلال فترة زمنية تتراوح بين ثلاثة أو أربعة أشهر)، مما يدع مجالاً لترسيخ التحسُّن في مجالات أخرى، لكن ذلك يُثبت أنها غير كافية لكي يتم تقييم فعالية العلاج المعرفي الذي يهدف إلى تطوير تفكير الطفل التأملي، أي أنها قصيرة جداً بما لا يتوافق مع طبيعتهم الاندفاعية.

على الرغم من الحقيقة القائلة إن برامج التدريب السلوكية المعرفية كانت ماتزال مُستخدمة في علاج أطفال ADHD خلال السنوات القليلة الماضية، فإن هناك دراسات أخرى هي ضرورية ولازمة، ليس فقط تلك التي تُركّز على إثبات الثقل النوعي للفنيات المستخدمة، بل الأكثر أهمية، تلك التي تُركّز على

المظاهر السلوكية المعرفية المتطورة والتي تسمح بالإضافة إلى العمر ودرجة التدهور (أي شدة حدة الاضطراب) بتأسيس واختيار فنيات التواصل الأكثر ملائمة.

استناداً لما سبق، وإذا أخذ بعين الاعتبار أن مشكلة الطفل مفرط الحركة تكمن في افتقاره إلى الضبط الذاتي وضعف الكبح، والفشل في توجيه تصرفه من خلال التعليمات الذاتية، وعدم القدرة على تصحيح أو تعديل سلوكه غير الملائم (Barkley,1998)، سيكون من الضروري أن تسعى المعالجة إلى تطوير الإجراءات "التدابير أو المقاييس" لكبح الاستجابات النشطة (خفض الاندفاعية السلوكية والمعرفية)، والتغلب على التشتت وتحسين الأداء التنفيذي.

يبدو أنها حقيقة لا تقبل الجدل، وبناءً عليه فإن من ضمن برامج التدخل الأساسية الموجهة لمرضى ADHD (بغض النظر عن البرامج التدريبية والتربوية المناسبة والتي لا تقل أهمية بالنسبة للوالدين والمعلمين) فإنه يجب أن تأخذ المفاهيم التالية بعين الاعتبار: المعالجة بالعقاقير (مع دراسة مُفصلة عن ضرورة استعمال تلك العقاقير، ومدة استعمالها، والجرعة ونوع الدواء المستخدم)، وتطبيق الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية، ضمن الذي سيذكر لاحقاً، وفيما يخص الثقل النوعي للتدريب على التعلم الذاتي.

الإسهامات الجديدة للتدريب على التعلم الذاتي التي قدَّمتها Isabelle Orjales Villar

لمدة تزيد عن 15 سنة، قامت Isabelle Villar بحصر التدريب على التعلم الذاتي ضمن برامج سلوكية-معرفية، والتي صممتها وطبقَّتها وفقاً للمظاهر الأكاديمية والسلوكية والاجتماعية والانفعالية والمعرفية لدى أطفال ADHD، وفي عام ١٩٩١ طوَّرت Villar برنامجاً سلوكياً معرفياً لمعالجة الأطفال ذوي هذا الاضطراب ADHD ليصار تطبيقه في إطار المدرسة خلال ٣٠ جلسة، وقد تضمن البرنامج تطبيق عدّة فنيّات مثل (Orjales,1991):

- تدريب الأطفال على تحديد مشاعرهم.
- تدريب الأطفال على حل المشكلات الاجتماعية والأكاديمية والمعرفية.
- التعزيز الاجتماعي.
- التعزيز الذاتي الإيجابي للفرد وللمجموعة.
- تقنية السلحفاة.
- بطل الأسبوع.
- استخدام مساعد للمعالج.
- التدريب بواسطة تقنيات الاسترخاء.
- التدريب على التعلم الذاتي.

وذلك باتباع مراحل Meichenbaum ١٩٧١ وبرامج محددة قائمة على التعليمات الذاتية لتكون مُطبقّة بشكل عام في الغرف الصفية.

بالنسبة لتصميم برنامج تدريبي قائم على التعلم الذاتي، قامت Villar أولاً بتعديلات، مستنداً في عملها على مؤلفات Meichenbaum وأدخلت صوراً داعمة موضّحة، وفي هذ التعديل الأول اتّبعت مراحل التدريب المعرفي التوسطي وفقاً لِــMeichenbaum، حيث يجب على الأطفال أن يرددوا التعليمات الآتية حتّى يتمكنوا منها ذاتياً، وعليهم أن يطبقوها على مختلف أنواع المهام:

١. تحديد المشكلة: "ما الذي عليّ القيام به؟"
٢. تقدير تقريبي ووصف لاستراتيجية العمل العامة: "الآن أنا أعرف ما يجب عليّ فعله، ولكن كيف سأفعل ذلك؟"
٣. تركيز الانتباه على الأدلة التنفيذية: "يجب أن أكون يقظاً أو منتبهاً وأتفحص كل الإجابات الممكنة".
٤. اختيار الإجابة والتقييم الذاتي: "أعتقد أن هذا هو الجواب الصحيح، هل قمت بعمل جيد؟".
٥. التعزيز الذاتي وتقييم البدائل الممكنة من أجل تصحيح الأخطاء المرتكبة، إذا كانت الإجابة صحيحة: "عظيم، لقد قمت بعمل جيد" وإذا كانت الإجابة خاطئة: "لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول أن أتصرف ببطء أكثر، ولا أرتكب ذلك الخطأ، أنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل".

من أجل هذا التعديل الأولي أعدَّت Villar صوراً داعمة كما تبدو في الصورة رقم (١)، الخطوات (٢-٦) (فيما بعد، أدخلت الخطوة رقم ١"، والتي سيأتي شرحها لاحقاً. لمدة تزيد عن عشر سنوات قامت Villar باستخدام التعليم الذاتي كجزء من برامج التدريب السلوكية-المعرفية والتي قامت بتطبيقها على أطفال ADHD وخلافاً لما يعتقده بعض المؤلفون، استطاعت Villar أن تُصرِّح بأنها ومن منطلق سريري للدراسة، فإن هذا النوع من التدخل قد أثبت فعالية لدى الأشخاص بأن أصبحوا مدركين لعمليات التفكير المتضمنة في حلّ المشكلات، وأثبت فعاليته في خفض ردود الفعل الاندفاعية الفورية استجابة لعرض المهمة، وفي اكتساب عمليات معرفية تصنيفية وتأملية بدرجة أكبر، وفي المساعدة على تطوير استراتيجيات حلّ المشكلة.

إنَّ التعليمات الذاتية، خصوصاً الأخيرة أي الخطوة (٦) قد أثبتت فائدتها بشكل خاص في التدريب على التقييم الذاتي والتدريب الوصفي، حيث خفضّت من نسبة الإحساس بالفشل في المدرسة من خلال مساعدة الأطفال أن يصبحوا مدركين لأخطائهم ويتمكنوا من تحديد تلك الأخطاء (على سبيل المثال: "لقد فشلت في الامتحان لأني فشلت في حلّ ثلاث مسائل، وذلك لأني نسيت كيفية حلّها") ومن خلال تفادي الخطأ، والذرائع الذاتية السلبية (على سبيل المثال: "لقد فشلت في الامتحان لأني شخص ميؤوس منه في الرياضيات").

الشكل (٤) الخطوات الست (١-٦) التي أعدتها Orjales Villar,I

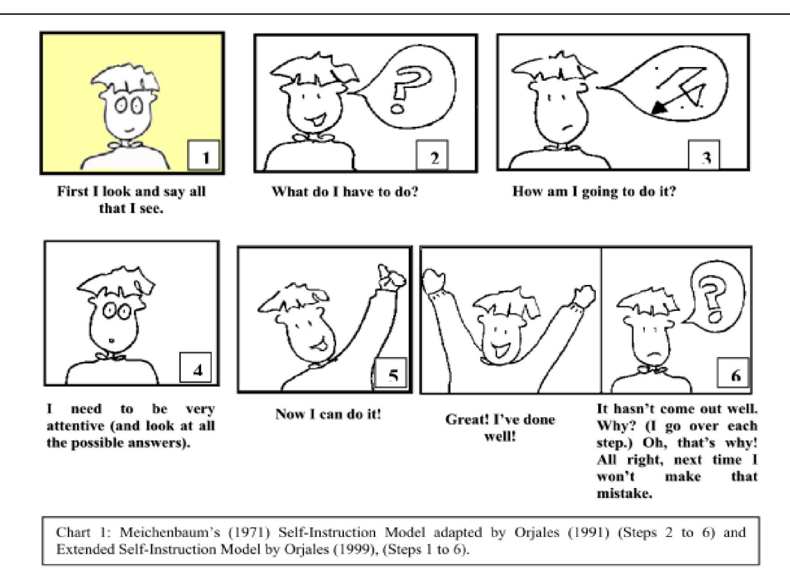


Chart 1: Meichenbaum's (1971) Self-Instruction Model adapted by Orjales (1991) (Steps 2 to 6) and Extended Self-Instruction Model by Orjales (1999), (Steps 1 to 6).

توسيع نموذج التعلم الذاتي:

عَقِب السنوات القليلة الأولى لتطبيق هذا التعديل الأول لنموذج التعلم الذاتي لِـMeichenbaum (الشكل رقم ٤ الخطوات ٢-٦) واجهت Villar بعض الصعوبات التي قادتها إلى استنتاج أن الإضافة كانت ضرورة حتمية، حيث تضمنت إضافة تعليمة ذاتية واحدة، مثل تلك المذكورة أولاً (Villar,1999)، إنَّ تعليمات Meichenbaum تبدأ بالتعليمة الأولى في محاولة لجعل الطفل يصبح مدركاً لماهية المشكلة (تحديد وتعريف المشكلة)، والتي جُسِدت في نموذج Orjales Villar كعبارة لفظية للتعلم الذاتي: (يجب أن أكون متأكداً من أني أعرف ما عليّ القيام به).

إنَّ القسم الأكبر من المهام التربوية والأكاديمية يرتكز على مهام تتطلب فهماً قرائياً للعبارات القصيرة. خلال السنوات القليلة الأولى من التدريب بُعيد تعديل Villarالأول لنموذج التعلم الذاتي:

- لاحظت Villar أنه، كلّما كان الأطفال متدربين قالوا هذه العبارة الأولى لأنفسهم عن ظهر قلب، ووجهوا أنظارهم مباشرة نحو قراءة العبارة المكتوبة وبالتالي تجاهلوا المعلومات القرينية الأخرى ذات الصلة بالموضوع من أجل فهم التعليمات.
- لاحظت أنه، وقبل قراءة العبارة وبشكل مختلف عن الأطفال التأمليين، فإن أطفال ADHD نادراً ما يقوموا ببحث بصري شامل مما يفسح لهم مجالاً في تحديد مواقعهم بأنفسهم من المهمة، على سبيل المثال: من خلال النظر إلى عدد التمارين المطلوب منه إنجازها، أو من خلال المقارنة مسبقاً بين المادة المقروءة مع العبارة الصحيحة المطابقة لكل تمرين، أو من خلال قضاء بضعة ثواني

بتدقيق النظر في الصور وفي العدد المحتمل للخيارات، والأكثر أهمية من خلال ملاحظة تضمن الأمثلة المُوَضِحة والتي تُعطي فكرة عن كيفية تنفيذ المهمة.

- لاحظت، أن هذا الضعف في التحليل المسبق للقرائن كان جلياً، ويُقلل كثيراً من فهم التعليمات المكتوبة بعد القراءة الأولى للعبارة، وكان هذا متزامناً عند طفل ADHD بواحدة من ردود الفعل التالية:

١. ضعف الدافعية وتناقص في مستوى عتبة التشتت (أي أنه في حالات من انخفاض القدرة على تحمّل الإحباط قد يؤدي هذا إلى حد الانسحاب من المهمة).

٢. زيادة المطالب المتلاحقة والمتكررة للمساعدة من قبل الراشدين (وبالتالي يزيد أو يعزز من النزعة الطبيعية لدى هؤلاء الأطفال للتبعية الانفعالية).

٣. إمضاء وقت إضافي على إعادة قراءة العبارة، وفي أغلب الحالات، دون التوصل لمعلومات إضافية.

مرة أخرى أكدت Orjales Villar، أن الموقف التأملي السابق غير مألوف عند أطفال ADHD، مع أنه أكثر ملائمة للأطفال الأقل تأثراً بالإصابة بهذا الاضطراب، أولئك هم الذين لم يتكشف لديهم حتى الآن سوى عرضين انفعاليين ثانويين بشكل متكرر من هذا الاضطراب (انخفاض القدرة على تحمل الإحباط وأيضاً انخفاض القدرة على تحمل الجهد)، أو بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يخضعون لعلاج دوائي مساعد وبالتالي يتغلبون على التعب والإعياء بشكل أفضل. على أية حال، يبدو من الضروري بالنسبة لهم فهم التعليمات المكتوبة بقدر المستطاع، لكي يتم تفادي أو تجنب إعادة القراءة غير الضرورية من قبل الأطفال الذين يصبحوا متعبين جداً أثناء المهام التي تتطلب انتباه مستمر وذلك نسبة لخصائص اضطرابهم.

في سنة ١٩٩٩، وفي محاولة لتجاوز كل هذه الصعوبات، أدخلت Orjales Villarإلى أعمالها السريرية خطوة إضافية أخرى والتي ستُوضع في مقدمة نموذج التعليمات الذاتية الذي قامت بتطبيقه مع فريقها طوال كل تلك السنوات، ما ألهمها لذلك هو إحدى الأدوات في برنامج الإغناء الذرائعي لِـ Feuerstein وHoffman (١٩٩٤)، هذه التعليمة الذاتية الجديدة التي أُضيفت مؤخراً كانت كالتالي: "أولاً، انظر وأقُل كل ما أراه"، وهذه ستصبح التعليمة الأولى التي سيطبقها الطفل عملياً ضمن نموذج التعلم الذاتي الموسع.

من خلال استخدام نفس النوع من النموذج ولكن دون تعليمات ذاتية لفظية سريّة أو خفية والتي طُبِقت مع بقية التعليمات الذاتية الأخرى، فمن المتوقع أن يقوم الأطفال أولاً بالتطبيق عملياً والأداء بشكل أتوماتيكي، إذن هم يؤدون التعليمات الذاتية التي تحظى مسبقاً بتحليل قريني والتي قد تأتي بالفائدة كالتمهيد المسبق للمهمة.

إنَّ إدخال هذه التعليمة الذاتية الجديدة "أولاً انظر وأقُل كل ما أراه" قد بيّنت أو أظهرت المزايا التالية من خلال المزاولة السريرية:

١. أنها تؤيد كبح الاستجابات الانفعالية الفورية بعد القراءة الأولى للعبارة التي لا تشتمل على قرينة تحليلية، على حدٍ سواء الاستجابات الإيجابية مثل (هذا سهلٌ جداً، الآن أنا أعرف ما عليّ القيام به)، والاستجابات السلبية مثل (هذا صعب جداً، لن أتمكن من فهم ذلك مطلقاً) أو (هذه البطاقة خاطئة).
٢. تؤكد على الإدراك الشامل للمعلومات القرينية المتعلقة بالمهمة، والتي تُسهّل عملية فهم التعليمات من القراءة الأولى الموسعة، وبالتالي تفادي إعادة القراءة التي قد تجعل الطفل متعب جداً كما أنها تُسهّل أيضاً عملية الاحتفاظ بالمعلومات في الذاكرة العاملة.
٣. وفقاً لهذه المعلومات القرينية، فإنها تزيد من احتمال أن يضع الطفل فرضيات حول محتوى أو مضمون العبارة وحول هدف المهمة (استيعاب وقائي أو احتراسي)، وبالتالي فإن الطفل سيؤكد أو يرفض بعد هذا، تطبيق التعليمة الذاتية اللاحقة، والتي كانت التعليمة الذاتية الأولى في النموذج السابق (يجب أن أكون متأكداً من أني أعرف ما عليّ القيام به).

الإجراءات المُتبّعة لتطبيق نموذج التعلم الذاتي الموسّع:

على الرغم من أن نموذج التعلم الذاتي الموسّع (Orjales Villar,1999) يتّبع المراحل الموضوعة نفسها من قبل Goodman & Meichenbaum (١٩٧١)، إلاّ إنه يشدّد على مرحلة النموذج الأولي، فنحن نعرف أن الطفل مفرط الحركة يميل إلى معالجة المعلومات بشكل سطحي أو ظاهري بواسطة الإجراءات الصوتية-السمعية أكثر من إجراءات علم دلالات الألفاظ وتطورها (Polaino-Lorente,1984) حيث أنه لا يقيم صلات أو علاقات أو تصنيفات بين العناصر الإدراكية، لهذا السبب خلال التدريب على التعليمات الذاتية في النموذج الجديد، يجب على المعالج أن يُشدّد أو يُؤكد بشكل خاص على مرحلة النمذجة للتعليمة الذاتية الأولى (أولاً انظر وأقُل كل ما أراه)، وإلا فإن الطفل سيواصل في التحليل البصري السطحي غير المنظم، أكثر من تحليل علم دلالات الألفاظ وتطورها، على سبيل المثال: في مقدمة بطاقة نمط الانتباه، مكتوب يجب على الطفل أن يبحث عن الأشكال المتماثلة أو الأعداد المتطابقة ضمن الشكل المُشار إليه كنموذج، عندها سيتلفظ الطفل أولاً بالعبارة (أولاً انظر وأقُل كل ما أراه) ومن ثم سيندفع مباشرة باتجاه التحليل السطحي لمحتوى البطاقات، مثلاً سيقول: [بإمكاني رؤية مجموعة من الفيلة والدببة، ولا أعرف ما هذا، واحد من تلك الأشياء ربما هو لصنع القهوة] وبدلاً من أن يتجه نحو تنفيذ تحليل مترابط ومتناسق وأكثر تنظيماً في ذاكرتهم العاملة، سيكون الوضع كالتالي [بإمكاني رؤية بطاقة مستطيلة الشكل، إنها ليست مربع لأن أضلاعها غير متساوية، وهناك صورة وفي أعلاها قلم رسم، وهناك جُمل بداخل ذلك المستطيل تُشير إلى ما عليّ فعله بهذه البطاقة، إلى الأسفل وعلى جهة اليمين منك، هناك رقم ٣٥، وهو رقم الصفحة، الخط البرتقالي في الصورة ناشئ عن رأس القلم المستدق ويحيط بكامل البطاقة، وهناك أربعة صفوف من الصور داخل هذا المستطيل، الصف الأول من الصور يوجد فيه مجموعة فيلة، كلها متشابهة لأنها ليست الفيل نفسه، ومن ثم هناك صف آخر من الصور يوجد فيه مجموعة دببة، الصف الثالث فيه مرشّات مائية وهي أوعية لسقاية النباتات المنزلية، والصف الأخير ما هو؟ آه، نعم، إنها تبدو مثل

إبريق شاي، الصورة الأولى من كل صف موجودة داخل المربع لماذا؟ آه، حزرت، يجب أن تكون الصورة التي تعمل كنموذج].

التعلم الذاتي كدليل على اختيار وتسلسل المهام المستخدمة في التدريب المعرفي:

إنَّ الباحثين في مجال التدريب المعرفي التوسطي قد أمعنوا النظر بشأن تطبيق نموذج التعلّم الذاتي السائد أو الشائع وفقاً للمهام الأكاديمية والمعرفية والأنواع الأخرى من المهام المتعددة. طوال العشر سنوات الماضية قامت Orjales Villar بتطبيق نموذج التعلم الذاتي المعدّل في (١٩٩١) ونموذج التعلم الذاتي الموسّع في (١٩٩٩) من أجل تنظيم مهام التدريب المعرفي وأيضاً من أجل تسلسلها، بهذه الطريقة لن تُطبّق التعليمات الذاتية فقط على مهمة محددة بذاتها، بل ستُطبّق أيضاً كدليل على اختيار وتسلسل المهام التي ستُنفذّ، وبالتالي، يبدأ المعالج أولاً باختيار المهام التي تدعم أو تقّوي أو تعزز التعليمة الذاتية الأولى ومن ثم تلك المهام التي تدعم الثانية فالثالثة وهكذا.... بهذه الطريقة، يقوم المعالج بتنظيم التدريب كالتالي:

١. فيما يتعلق بتقوية أو تعزيز التعليمة الذاتية الأولى التي هي (أولاً انظر وأقُل وكل ما أراه)، يختار المعالج أولاً تلك المهام التي يمكن أن تدعم استراتيجيات البحث البصري واستراتيجيات الملاحظة: مثل البحث عن الفروق بين صورتين، أو البحث عن الصورة التي تشبه تماماً الصورة المستخدمة كنموذج، أو البحث عن الجزء المفقود من الصورة، وهكذا.
٢. فيما يتعلق بدعم التعليمة الذاتية الثانية التي هي (يجب أن أكون متأكداً من أني أعرف ما عليّ القيام به) يختار المعالج المهام التي يمكن أن تعزز أو تدعم فهم العبارات المكتوبة المعقدة، من أجل تدعيم هذه الخطوة قامت Orjales بتطوير برنامج تدريبي لحل شيفرة التعليمات المكتوبة.
٣. فيما يتعلق بتعزيز التعليمة الذاتية الثالثة والتي هي (كيف سأقوم بذلك أو كيف سأنفذ ذلك) يختار المعالج المهام التي يمكن أن تقوي المرونة المعرفية والتدريب على استراتيجيات حل المشكلات لكل نوع من المهام، في هذه النقطة يختار المعالج النشاطات التي تسمح للطفل أن يستنتج أن هناك طُرقاً مختلفة لتنفيذ النشاط نفسه، عن طريق اختيار: المشكلات الحسابية، أو نسخ نقط الأشكال المنقطة، أو المتاهات، أو حل الألغاز، أو الألعاب مثل لعبة Tangram أو كبسة الجرس من بين مجموعة ألعاب، هذا التسلسل يسمح بالتدرُّب على التعليمات الذاتية واستراتيجيات محددة لكل نوع من المهام.
٤. فيما يتعلق بالتعليمة الذاتية الرابعة والتي هي (يجب عليّ أن أكون منتبهاً ويقظاً وأتفحص كل الإجابات الممكنة) يختار المعالج المهام التي تسمح للطفل بالتحقق من الفائدة التي تعود من تحليل الإجابات الممكنة المختلفة قبل اتخاذ القرار، على سبيل المثال: من خلال تدريب الطفل على تحليل الحركات أو النقلات الممكنة في ألعاب مثل لعبة الشطرنج أو لعبة (X-O) (المحاور المتقاطعة). بهذه الطريقة، تكون التعليمات الذاتية بحد ذاتها هي مشروع أو خطة أو برنامج تفكير شامل متكامل للتدريب المعرفي وأيضاً دليل لاختيار وتسلسل الأدوات المستخدمة في التدريب.

٥. فيما يتعلق بالتعليمة الذاتية الخامسة، يختار المعالج المهام التي يمكن أن تُقّيم وفقاً لمعايير متعددة، والتي تسمح للأطفال أن يقارنوا تقييمهم الذاتي لأنفسهم مع التقييم المقُدّم من قبل المعالج وتُسّهل عملية التدريب الوصفي.

إن فاعلية التدريب على التعلم الذاتي تتطلب الاطلاع على الملفات الاجتماعية والانفعالية والسلوكية والمعرفية للطفل، والاختيار بعناية ودقة لنموذج التعلم الذاتي وتطبيقه في اللحظة المناسبة من العلاج واختيار وتسلسل المهام التي ستنفذ، كل ذلك ضمن برنامج تدريبي ذي أربع مستويات والذي من الضروري أن يضع نصب عينيه التطور ما وراء المعرفي للطفل.

المستوى الأول: يشير المستوى الأول إلى تدريب الطفل ليصبح واعياً لوجود عمليات تفكير واستراتيجيات لحل المشكلات. قبل البدء بشرح نموذج التعلم الذاتي للطفل، يُنصح بأن يُطلب منه تنفيذ المهمة المُعطاة بصوت عالٍ، بينما يقوم المعالج في هذه الأثناء بتدوين ملاحظات عن تصرفاته المتسلسلة كلاً على حدة (القرارات المتخذة، الاستراتيجيات المتبعة، الأخطاء المرتكبة، تصحيح الأخطاء، وهكذا ...)، وما إن ينتهي الطفل من إكمال المهمة، سوف يُطلب منه أن يضع قائمة بالخطوات التي اتّبعها وسيقوم بإعطائها لزميل له من العمر نفسه يرغب بإكمال هذه المهمة دون ارتكاب نفس الأخطاء. إنَّ مقارنة قائمة الطفل مع قائمة المعالج سوف تُعطي الطفل انطباعاً أو صورة ذهنية واضحة عما قام به من اتخاذ قرارات وتطبيق عدة استراتيجيات دون أن يكون مطّلعاً عليها.

في عام (١٩٧٦) اقترح Meichenbaum أنه يجب إخبار الطفل عن وجود حوار داخلي، وعن وجود مجموعة كبيرة من العوامل التي تؤثّر في طريقة أو أسلوب الحوار الداخلي يُطلق عليها اسم (أهداف، صفات منسوبة، توقعات....إلخ)، وبالإضافة لذلك، يجب إخباره عن طريقة الحوار الداخلي الذي يؤثر في اتخاذ القرار واختيار الاستراتيجيات المتعددة (مجموعة الأفكار والصور الذهنية التي يبتكرها كل شخص من تفكيره الخاص)، لكي يتم لاحقاً وصف كيفية انعكاسها على السلوك وعلى الميل لارتكاب أخطاء معينة، كل هذا مفيد لجعل الطفل يُدرك أنه باستطاعته أن يُعدّل سلوكه إذا ما عدّل من حواره الداخلي وجعله فعّالاً بدرجة أكبر. هذه الأهداف الطموحة تتوقف على أو تعتمد على عمر الطفل وسوف يتم إنجازها خلال مستويات التدريب اللاحقة.

المستوى الثاني: في هذا المستوى يتم إتّباع التطبيق المكرر للتعليمات الذاتية على كل أنواع المهام، مما يجعل التأثير مضاعف كمعظم تلك المهام التي يُظهر الطفل فيها بعض الصعوبات المحددة، وبالتالي يجعلها ممكنة ومُستطاعة بالنسبة للأطفال لكي يلاحظوا تحسّناً في أدائهم عندما يُنفذّون المهام بأسلوب تأملي.

المستوى الثالث: يقوم المستوى الثالث على التدريب في التوسع في تطبيق التعليمات الذاتية ضمن السياقات الأخرى المختلفة من بيئة الطفل دون إقناع واضح من الراشدين.

المستوى الرابع: إن معظم برامج التدريب المعرفية على وجه الخصوص، مُنظِمة إلى حدٍ ما بالنسبة لأطفال ADHD لكي يبدؤوا بالتعرف على مواطن ضعفهم وأيضاً لكي يُميّزوا حالات وأنماط المهام

التي من الضروري أن يكبحوا اندفاعيتهم فيها، ويُظهروا كامل مخزون الاستراتيجيات المعروفة بالنسبة لهم والتي تشتمل على إمكانية استخدام العبارات اللفظية الصريحة أو السريّة.

ومع ذلك، فإن كل شيء يُؤثر وينطبع في ذهن أولئك الأطفال الذين يُطبقوا تلك الاستراتيجيات فحسب، أو بصورة خاصة عندما يُعطي الوضع أو الموقف للمهمة المطلوب تنفيذها أهمية خاصة (الامتحان، الاختبار التتّبعي، وهكذا ....) أو عندما يُعرّفون المهمة على أنها مهمة صعبة و/أو يدركون بعض المجازفة بالفشل (عندما يُحسّوا أن الفشل تحت سيطرتهم). إذا لم يُنظر للمهمة على أنها صعبة، ما الذي يحدث؟ على سبيل المثال: عندما يقومون أولاً بتنفيذ المهمة البسيطة ظاهرياً كاختبار الأداء المتواصل لِــ كونرز Conners، فإنهم يُظهرون أسلوب عمليات تفكيرهم الاندفاعي بشكل فطري. مؤخراً، بدا أن OrjalesVillar قد انضمت لأولئك الذين يؤيدون الفرضية القائلة إن هذا النوع من برامج التدخل بالنسبة لأطفال ADHD من عمر ٦-١٢ سنة، قد يوفر لهم وسائل أو موارد هامة لتحسين أدائهم المعرفي، لكن هذه البرامج لا تستطيع وحدها تعديل طبيعتهم الاندفاعية تماماً.

إن التدريب على التعلم الذاتي هو تقنية مفيدة، ولكن جزءا بسيطا فقط من البرنامج متعدد الأبعاد هو المطلوب لمعالجة أطفال ADHD، هكذا تدريب يجب أن يُنفّذ ضمن خطة عمل عائلية، وبرنامج تدخل مدرسي، ومعالجة محددة أو دقيقة للشخص المتأثر بــ ADHD، أي من الضروري أن تشتمل على تقييم للمعالجة المحتملة بالعقاقير ولبرنامج التدخل، التي هي ليست فقط سلوكية ومعرفية/معرفية عليا، بل أيضاً انفعالية. إنَّ الثقل النوعي لكل هذه البرامج قد يسمح بمعالجة الأشخاص ذوي ADHD، ولكن سيتوقف ذلك على عمر الشخص والخصائص الاجتماعية والعائلية والشخصية وبشكل خاص مستوى سوء التكيف المحتمل أو الشائع الذي سيحدث في المستقبل القريب.

يبدو أن استخدام برنامج تدريبي قائم على التعلم الذاتي كان مناسباً على وجه الخصوص للبرامج المعرفية بالنسبة للأطفال الاندفاعيين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة. فقد أكدت الدراسات السابقة أن التعليمات الذاتية العامة فعّالة بدرجة أكبر بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٨-١٢ سنة (Kendall and Wilcox,1980)، وبالنسبة للتعليمات الذاتية الخاصة فهي مناسبة للأطفال بين عمر ٦ أو ٧ سنوات (Denney,1980). أما بالنسبة للأطفال الذين هم فوق ١٢ سنة، فإن الفائدة المرجوة من هذا النوع من المعالجة تتطلب أن تكون ذا ثقل أعلى نسبياً، فالأطفال الأكبر سناً، يكونون الأعلى درجة في التلقائية أو العفوية في أساليب أو أنماط تفكيرهم، والأكثر صعوبة هو إدخال تعديلات وهم في هذه الحالة. علاوة على ذلك، فإن برامج التدخل فيما يتعلق بغالبية الأطفال في عمر ما قبل المراهقة تُحرز أسبقيات إضافية، أي أنها وُضعِت قبل محاولة التغيير المعرفي.

إن أكثر التعديلات البسيطة التي أُدخلت على التعليمات الذاتية المحددة يمكن أن تُنفذ بنجاح على الأطفال في عمر ما قبل المدرسة. ولكن فيما يتصل بإنجاز الهدف باستقلالية تامة، والإدارة المباشرة أو الفورية للتعليمات فهي على العكس أي لا يمكن أن تُنفذ بنجاح، وذلك من خلال الإصرار على أهميتها ورفض التقليل من أهمية الهدف لاستغراق أو انهماك الأطفال في تطبيقها لكي يتعلّموا منها.

الخلاصة: لقد عمد الباحث على استخدام طريقة التعلم الذاتي في علاج أعراض ADHD التي طورتها الباحثة الإسبانية Isabelle Orjales Viller، والتي استندت طريقتها على أعمال Meichenbaum وغيره من الباحثين، حيث أكدت على الخطوات الست الآتية في التعلم الذاتي وهي:

١- أنظر وأقل كل ما أراه.
٢- ما الذي عليَّ القيام به؟
٣- يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة.
٤- أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟
٥- إذا كانت الإجابة صحيحة، رائع لقد قمت بعمل جيد.
٦- إذا كانت الإجابة خاطئة، لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألا أتسرع، وألا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

وقد قام الباحث بترجمة المقالة التي نشرتها الباحثة الإسبانية Isabelle Orjales Viller والتي ذكرت فيها هذه الخطوات الست في علاج ADHD.

للمراجعة:

Cognitive treatment for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Review and new contributions, Orjales Viller, I. *Annuary of Clinical and Health Psychology,3 (2007) 19-30*

الفصل الثالث

دراسات سابقة

مقدمة.

اولاً: دراسات عربية وأجنبية استخدمت أساليب تعديل السلوك المعرفي.

ثانياً: دراسات عربية وأجنبية استخدمت أساليب تعديل السلوك.

ثالثاً: دراسات عربية وأجنبية استخدمت أساليب متعددة.

رابعاً: دراسات عربية وأجنبية تناولت مشاركة الوالدين.

خامساً: تعقيب على الدراسات السابقة.

سادساً: مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

الفصل الثالث
دراسات سابقة

مقدمة:

لقد أُجرِيت العديد من الدراسات التي تناولت أساليب علاجية مختلفة لمعالجة الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ومن بين تلك الإجراءات استخدام أساليب تعديل السلوك المعرفي، وأساليب تعديل السلوك، والعلاج بالعقاقير المنشطة، وتدريب الوالدين لمعالجة هذا الاضطراب، حيث أثبتت الإجراءات السابقة فاعليتها في معالجتها للأعراض الأولية لهذا الاضطراب، وفيما يلي عرض لأهم هذه الدراسات:

<u>أولاً –دراسات عربية وأجنبية استخدمت أساليب تعديل السلوك المعرفي:</u>

<u>1-دراسة أبيكوف (Abikof, 1991, Russia)</u>

عنوان الدراسة: فعالية التدريب المعرفي على الأطفال ذوي نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

Cognitive Training in ADHD Children: less to it than meets the Eye.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية استخدام التدريب المعرفي في تعديل خصائص الأطفال ذوي نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٧٧) طفلاً من ذوي فرط النشاط، وقد استخدم الباحث فنية التعليمات الذاتية، وقام بتطبيق مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل، وقد تم التدريب على فنية التعليمات الذاتية من خلال خطوتين:

١-إضعاف السلوك الخاطئ والتقليل منه.

٢-تنمية المهارات والخبرات الناجحة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم حيث حدث انخفاض في درجات الأطفال على بُعد الاندفاعية في مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل. (مسعود ٢٠٠٢: ٧٩-٨٠)

<u>2-دراسة ماتس وبندر (Mathes & Bender, 1997, U.S.A):</u>

عنوان الدراسة: فاعلية المراقبة الذاتية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد ويتلقون تدخلاً علاجياً بالعقاقير الطبية وتدخلاً تربوياً خاصاً.

The Effect of self-monitoring of children with ADHD who are receiving pharmacological intervention.

هدف الدراسة: زيادة مدة الانتباه لدى الطلاب الذكور الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، في غرفة المصادر في الوقت الذي يخضعون به لعلاج بالعقاقير المنشطة.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة ثلاثة من الطلاب الذكور، تراوحت أعمارهم من (٨-١١) سنة.

اختيار العينة: تم اختيار عينة الدراسة بناءً على ملاحظات معلم التربية الخاصة.

نتائج الدراسة: من أهم ما توصلت إليه نتائج الدراسة أن أسلوب مراقبة الذات أحدث تحسناً إيجابياً لدى الطلاب الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والذين يتناولون العقاقير

<u>3-دراسة عبد الغنى أحمد عكاشة (١٩٩٧) مصر:</u>

عنوان الدراسة: فاعلية تعديل السلوك المعرفي في خفض مستوى الاندفاعية لدى الأطفال.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية تعديل السلوك المعرفي في خفض مستوى الاندفاعية عند الأطفال وذلك من خلال فنيتي التعليمات الذاتية وحل المشكلات.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٦٠) تلميذاً تم اختيارهم عشوائياً من (١٨٠) تلميذاً تميزوا بارتفاع درجاتهم على مقياس الاندفاعية وتراوحت أعمارهم ما بين (١٠-١٢) عام، وقد قُسِّمت العينة إلى أربع مجموعات تتكون كل مجموعة من (١٥) طفلاً تم توزيعهم على الشكل التالي:

١. المجموعة الأولى: مجموعة التعليمات الذاتية (١٥) تلميذاً.
٢. المجموعة الثانية: مجموعة حل المشكلات (١٥) تلميذاً.
٣. المجموعة الثالثة: مجموعة التعليمات الذاتية وحل المشكلات (١٥) تلميذاً.
٤. المجموعة الرابعة: المجموعة الضابطة (١٥) تلميذاً.

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية:

- اختبار عين شمس للذكاء الابتدائي.
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.
- مقياس الاندفاعية عن اختبار تزاوج الأشكال المألوفة لكاجان.
- برنامج تعديل السلوك المعرفي من إعداد الباحث.

وتوصلت النتائج إلى ما يلي:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات التجريبية الثلاث في الزمن وعدد الأخطاء لصالح المجموعات التجريبية على مقياس الاندفاعية.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات البعدية للمجموعة الضابطة والمجموعات التجريبية الثلاث في الزمن وعدد الأخطاء لصالح المجموعة التجريبية على مقياس الاندفاعية.
٣. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الزمن وعدد الأخطاء بين المجموعات التجريبية الثلاث في التطبيق البعدي.
٤. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعات التجريبية الثلاث في الزمن وعدد الأخطاء على مقياس الاندفاعية،

وهذا يعني فاعلية الفنيات الثلاث في خفض مستوى الاندفاعية واستمرار هذا الانخفاض طوال فترة المتابعة. (مسعود ٢٠٠٢: ٨٢-٨٣)

4-دراسة ميراندا و بيرزنتاشيون (Miranda& Presentacion.2000, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع ودون عدوانية.

Efficacy of cognitive Behavior therapy in the treatment of children with ADHD and without aggressiveness.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في الضبط الذاتي، ولتحديد فيما إذا كان اشتراك التدريب على الضبط الذاتي مع التدريب على ضبط الغضب يؤدي لنتائج أفضل على مجموعتين من الأطفال ذوي النشاط الزائد عدوانيين وغير عدوانيين.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٣٢) طفلاً يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منهم (٢٥) ذكراً و (٧) إناث، تراوحت أعمارهم من (٩-١٢) سنة.

اختيار العينة: تم اختيار أفراد العينة بناءً على مقياس كونرز لتقدير السلوك ١٩٧٣م ومعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-III-R) ومقابلة الوالدين.

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة أن الإجراءات التي استخدمت في البرنامج العلاجي دعمت الافتراض الذي يقول بتصحيح العجز في التنظيم الذاتي للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حيث أدت الإجراءات العلاجية إلى تحسُّن هام لدى هؤلاء الأطفال سواء العدوانيين أو غير العدوانيين، كما أشارت نتائج الدراسة إلى تحسُّن الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، بالإضافة إلى المشكلات التي ترتبط بالاضطراب مثل المشكلات المدرسية وسلوك الشخصية المضادة للمجتمع، في حين كان التحسُّن أفضل بشكل بسيط لدى الأطفال العدوانيين حسب تقديرات الآباء عند استخدام أسلوب المعالجة المشترك، مقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي لوحده.

5-دراسة ديفز و ويت (Davies& Witte, 2000, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية الإدارة الذاتية ومراقبة الأقران ضمن المجموعة العرضية في خفض السلوك اللفظي غير المنضبط لدى أطفال ADHD.

Self-management and peer monitoring within a group contingency to decrease uncontrolled verbalization of children with ADHD.

هدف الدراسة: التعرُّف على فاعلية أسلوب مراقبة الذات ومراقبة الأقران في خفض السلوك اللفظي غير المنضبط.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة أربعة طلاب من مدرسة بجنوب غرب أوهايو، وقد وُزعوا حسب المرحلة العمرية والجنس وتناولهم للعقاقير الطبية كما يلي:

الأول ذكر وعمره ٩ سنوات يتناول عقار الريتالين مرتين باليوم لضبط الاندفاعية ولاستمرار الانتباه.

الثاني ذكر وعمره ٩ سنوات يتناول الدواء قبل الذهاب للمدرسة لمرة واحدة.

الثالث ذكر وعمره ٨ سنوات يتناول الدواء مرتين باليوم.

الرابع أنثى وعمرها ١٠ سنوات تتناول الدواء لمرة واحدة باليوم.

اختيار العينة: تم اختيار العينة وقد شُخصوا جميعاً على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة من خلال تصميم الحالة الواحدة ABAB إلى انخفاض معدل السلوك اللفظي غير الملائم لدى الطلاب الأربعة خلال مرحلة التدخل.

6-دراسة هول:(Hall, 2003, U.S.A)

عنوان الدراسة: فعالية برنامج تدخل مبكر متعدد المحاور في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

Early intervention multimodal treatment program for: children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج سلوكي معرفي في التدخل المبكر من أجل معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٢٩) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٥) سنوات منهم (٢١) ذكور و (٨) إناث، حيث وُزِع أفراد الدراسة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات علاجية الأولى: مجموعة تدريب الأطفال وعددهم ١٠، والثانية: مجموعة تدريب الوالدين والأطفال وعددهم ٩، وأخيراً مجموعة تدريب الوالدين والأطفال والإرشاد المدرسي والمنزلي السلوكي وعددهم ١٠.

اختيار العينة: تم اختيار أفراد العينة على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

نتائج الدراسة: لقد أظهرت مقارنة نتائج القياسين القبلي والبعدي للمجموعات الثلاث إلى وجود تحسُّن ملحوظ في أعراض الاضطراب لدى الأطفال وتحسُّن مستوى المهارات الاجتماعية لديهم وانخفاض مستوى الضغوط التي يعاني منها الوالدان وزيادة كفايتهم في التعامل مع أطفالهم.

7-دراسة جريسكو مور (Gureasko- Moor, 2004, U.S.A)

عنوان الدراسة: أثر إدارة الذات على مهارات التنظيم لدى مراهقين ذوي ADHD.

The effect of self-management on organization skills of adolescents with ADHD.

هدف الدراسة: تطبيق أساليب الضبط الذاتي على أفراد الدراسة من أجل تحسين قدرة أولئك الطلبة على أعمالهم الصفية وواجباتهم المنزلية.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٦) طلاب ذكور من مدرسة ثانوية.

اختيار العينة: تم اختيار العينة لأنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بناءً على ملاحظات معلميهم.

نتائج الدراسة: أكدّت النتائج استجابة جميع أفراد الدراسة بشكل إيجابي للبرنامج التدريبي وبالتالي تَحَسُّن أدائهم الصفي وزيادة أدائهم للواجبات المدرسية والبيتية، بالإضافة إلى تقبل المعلمين والآباء والطلاب لتلك الإجراءات بشكل عالٍ.

8-دراسة الناطور والقرعان (٢٠٠٨) الأردن:

عنوان الدراسة: أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على عينة من طلبة الصفوف الرابع والخامس والسادس الأساسي الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة (١٠٠) طالب يعانون من ADHD تم توزيعهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية عددها(٥٠) طالب ومجموعة ضابطة عددها (٥٠) طالب.

الفنيات المستخدمة: التعليم الذاتي والمراقبة الذاتية.

لقد تمَّ إخضاع المجموعة التجريبية للبرنامج التدريبي بينما استمرت المجموعة الضابطة في البرنامج الاعتيادي وقد استغرق تطبيق البرنامج عشرة أيام وقد تم استخدام الاختبار الإحصائي التغاير ANOVAلبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج التغاير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الفرعية والكلية للمقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية لصالح المجموعة التجريبية وذلك يشير إلى أن البرنامج التدريبي كان فعَّالاً في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

ثانياً-دراسات عربية وأجنبية استخدمت أساليب تعديل السلوك:

1-دراسة السلاموني (٢٠٠١) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط.

أهداف الدراسة: التحقق من فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي (الألعاب الرياضية الصغيرة، النمذجة) لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط والوقوف على أكثر الفنيات المستخدمة فعاليّة.

_**عينة الدراسة:** تتكون عينة الدراسة من (٣٥) طفلاً من ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد في الصف الثاني الابتدائي بمدارس محافظة دمياط في مصر وجميعهم من الذكور، وتم تقسيمهم إلى أربع

مجموعات، أُستخدِمت مع المجموعة الأولى الألعاب الرياضية الصغيرة، والمجموعة الثانية أُستخدِم معها النمذجة، والمجموعة الثالثة أُستخدِم معها الاثنين معاً، والمجموعة الرابعة لم يستخدم معها أيَ فنية واستخدمت كمجموعة ضابطة.

أدوات الدراسة:

- أداة قياس مستوى اضطراب نقص الانتباه.
- البرنامج السلوكي.

نتائج الدراسة:

أوضحت نتائج الدراسة فعالية الفنيات المستخدمة في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى المجموعات التجريبية، إلَّا أن مستوى التحصيل لمجموعة الألعاب الرياضية الصغيرة والنمذجة معاً كان أعلى من مستوى التحصيل لمجموعة الألعاب الرياضية فقط ومجموعة النمذجة فقط.

2-دراسة السعدى (٢٠٠٤) الأردن:

عنوان الدراسة: فاعلية التعزيز الرمزي في تحسين مستوى الانتباه الصفي وخفض النشاط الزائد والسلوك العدواني لدى طالبات المرحلة الأساسية العليا.

هدف الدراسة: التعرُّف على أثر استخدام التعزيز الرمزي في خفض سلوك ضعف الانتباه والنشاط الزائد وسلوك العدوان.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٦٠) طالبة في الصف الثامن والتاسع والعاشر، وُزعِّن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وفي كل مجموعة ٣٠ طالبة.

اختيار العينة: تم اختيار العينة من خلال أداتي قائمة تقدير السلوك العدواني وقائمة تقدير ضعف الانتباه والنشاط الزائد اللتين صممتا لهذه الغاية.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك ضعف الانتباه والنشاط الزائد وسلوك العدوان بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، حيث أكدَّت نتائج الدراسة على أن برنامج التعزيز الرمزي كان فعَّالاً في خفض سلوك العدوان وسلوك ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية.

3- **دراسة كارلسون ومان والكسندر (Carlson, Maan&Alexander, 2000, U.S.A):**

عنوان الدراسة: أثر المكافأة وتكلفة الاستجابة على الأداء والدافعية لدى عينة من الأطفال ذوي باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

Effect of reward and response cost on performance and motivation of children with ADHD.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة على الأداء والدافعية لدى عينة الدراسة.

ثالثاً-دراسات عربية وأجنبية استخدمت أساليب متعددة:

1-دراسة هول وكاتاريا (Hall & Kataria, 1992, U.S.A):

عنوان الدراسة: تأثير العلاج الطبي مع أسلوب التعليم الذاتي اللفظي وأسلوب تعديل السلوك على أطفال ADHD.

Effect of two treatment techniques on delay and vigilance tasks with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) Children.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى فحص تأثير العلاج الطبي مع أسلوب التعليم الذاتي اللفظي وأسلوب تعديل السلوك على أطفال ADHD.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٢١) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة.

اختيار العينة: تم اختيار أفراد العينة الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بناءً على مقاييس تقدير السلوك للمعلمين والآباء، وقُسِّمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة ضابطة، ومجموعة تعديل السلوك، أمَّا المجموعة الثالثة فقد تلَّقت برنامجاً في التعليم الذاتي، وقد استخدم الباحثان عقار الريتالين خلال جلسات التعليم الذاتي وتعديل السلوك.

نتائج الدراسة: بيَّنت النتائج أن اشتراك العلاج الطبي مع العلاج السلوكي وتعديل السلوك المعرفي يومياً قد أدى إلى انخفاض أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة بين مجموعة العلاج السلوكي ومجموعة التعليم الذاتي.

2-دراسة بوسافاك وشيردان وبوسافاك (Posavac, Sheridan&Posavac, 1999, U.S.A):

عنوان الدراسة: فعالية أسلوب الإشارات CUES الصوتية والبصرية في ضبط السلوك الاندفاعي لدى الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

A cueing procedure to control impulsivity in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية أسلوب الإشارات الصوتية والبصرية في ضبط السلوك الاندفاعي.

العينة: لقد تم اختيار أربعة من تسعة أطفال كانوا ملتحقين ببرنامج صيفي للمهارات الاجتماعية بلغت أعمارهم ٨ سنوات.

اختيار العينة: لقد تم اختيار أفراد العينة بناءً على شدة أعراض السلوك الاندفاعي لديهم والذي حُدِّد بانخفاض معدل رفع اليد قبل الحديث، والحديث دون الالتزام بالدور، وجميعهم كانوا يتناولون العقاقير الطبية خلال مدة البرنامج، وتضمن البرنامج الصيفي تدريب الأطفال على مهارات اجتماعية وأكاديمية، وعلى الفنون والحرف اليدوية ونشاطات الاستجمام، وطُبِّق البرنامج العلاجي خلال ذلك على مهارات الاستماع وبناء العلاقات مع الأخرين وضبط الغضب ومهارات أخرى تقع ضمن تلك المجموعات، بوساطة إشارات بصرية تتضمن وضع بطاقة على صدر كل طفل كتب عليها السلوك

عينة الدراسة: تكونت العينة من (٤٠) طفلاً مصاباً باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد وتتراوح أعمارهم بين (٨ – ١٢) سنة ومجموعة ضابطة مقدارها (٤٠) طفلاً.

أدوات الدراسة:

مقياس مستوى الأداء.

مقياس مستوى الدافعية.

برنامج تدريبي يعتمد على التعزيز وتكلفة الاستجابة.

نتائج الدراسة: أوضحت النتائج بأن أسلوب تكلفة الاستجابة كان أكثر فاعلية من أسلوب المكافأة في تحسين أداء الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد وزيادة مستوى الدافعية لديهم، أمّا أسلوب المكافأة فكان تأثيره أكبر نسبياً فيما يختص بالتقرير الذاتي للدافعية.

4-دراسة دافيز وويت (Davies& Witte, 2006, U.S.A):

عنوان الدراسة: فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من السلوكات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

The Effectiveness of using some behavioral methods in reducing the non-adaptive behaviors that accompany ADHD.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد مدى فاعلية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من السلوكات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط داخل الحجرة الصفية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من أحد صفوف الأول الابتدائي في الولايات المتحدة الأمريكية الذي كان يضم أربعة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

أدوات الدراسة:

١. قائمة بالسلوكيات التكيفية ومستوى شدتها.
٢. برنامج تدريبي اعتمد على استخدام الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير التكيفية لدى الأطفال (عينة الدراسة).

نتائج الدراسة: أوضحت النتائج بعد تطبيق البرنامج التدريبي، فعالية استخدام الأساليب السلوكية في الحد من السلوكات غير الملائمة لدى الأطفال الأربعة المستهدفين في الدراسة، كما بيّنت ظهور العديد من السلوكات الإيجابية لدى بقية الأطفال وخاصة تلك المتعلقة بروح التعاون والمشاركة الإيجابية، وقيامهم بتذكير بعضهم بعضاً بالمعززات التي سوف يحصلون عليها بسبب الانتظام.

المستهدف بحيث تعمل كعامل مذكر أو مؤشر بصري للطفل، بالإضافة إلى إصدار نغمات صوتية كل خمس دقائق حيث يُطلب من الطفل بعد كل نغمة أن يقيّم نفسه بالإضافة إلى تقييم الأطفال بعضهم بعضاً وقيام المدرب كذلك بتقييم سلوك كل طفل عند سماع كل نغمة، وكان يحصل الطفل على التعزيز الإيجابي في حال حقق الطفل الهدف المطلوب منه، واستمرت مدة البرنامج ثمانية أسابيع بمعدل (٥٠) دقيقة لكل جلسة وبشكل يومي.

نتائج الدراسة: بيّنت نتائج القياس البعدي والملاحظات البيانية إلى أن جميع أفراد الدراسة أظهروا تحسناً إيجابياً في مستوى ضبط السلوك الاندفاعي، حيث ازداد عدد مرات رفع الأطفال لأيديهم قبل الحديث والتزامهم بالدور عند الحديث، بالإضافة إلى ظهور تحسُّن إيجابي أخر على السلوكات غير المستهدفة مباشرة في البرنامج العلاجي مثل الحديث الخارج عن الموضوع.

3-دراسة محمد (٢٠٠٠) مصر:

عنوان الدراسة: فعالية برنامج للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة النشاط لزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية بمدينة قنا.

هدف الدراسة: تخفيف حدة النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية بمدينة قنا، من خلال برنامج للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٤٤) تلميذاً، (٣٣) ذكور و (١١) إناث من تلاميذ الصف الرابع الابتدائي بمتوسط عمري قدره (٩,٥٨) واستخدم الباحث الأدوات التالية:

١٠قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل.

٢٠مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم.

٣٠مقياس تقييم المهارات الاجتماعية للصغار.

٤٠اختبار ذكاء مصور.

٥٠استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي.

وتضمن البرنامج(٢٢) جلسة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً ومدة الجلسة (٤٥-٦٠) دقيقة، واستخدم الباحث في برنامجه فنيات مثل: النمذجة والتعزيز والمناقشة ولعب الدور.

نتائج البحث:

١٠انخفاض مظاهر فرط النشاط لدى أفراد العينة.

٢٠تم اكتساب المهارات الاجتماعية عن طريق تعلُّم أساليب سلوكية مقبولة.

4-دراسة إجباليه وكرينيلا وهنت وسوانسون

ghblieh, Ceinella, &Hunt Swanson,2000 USA:

عنوان الدراسة: التنبه والضبط التنفيذي لدى أطفال في عمر ست وسبع سنوات.

Alerting & Executive Control in Six and Seven Years Olds.

أهداف الدراسة: أُجريت الدراسة بهدف التعرُّف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه في الولايات المتحدة الأمريكية في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

عينة الدراسة: تم تحديد عينة الدراسة من (٣٥) طفلاً مصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد تتراوح أعمارهم بين (٦ –٧) سنوات، وقد تم توزيعهم على ثلاثة مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى تلّقت علاجاً دوائياً وعددها (١٣) طفلاً تلقوا علاجاً بعقار (الأمفيتامين)، والمجموعة التجريبية الثانية تلّقت علاجاً دوائياً وسلوكياً متتابعاً وعددها (٢٣) طفلاً تلّقوا علاجاً متتابعاً من الأدوية مع العلاج السلوكي، أمّا المجموعة الثالثة والضابطة وعددها (١٧) طفلاً لم يتلقوا أي علاج.

أدوات الدراسة:

-نظام التنبه.

-مقياس مستوى دقة الأداء.

-مقياس معدل الإنجاز.

-برنامج علاج دوائي.

-برنامج سلوكي ودوائي (مشترك).

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أنَّ هناك تحسناً في مستوى أداء المجموعتين التجريبيتين بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبيتين في معدلات الإنجاز بشكل عام.

5-ميراندا وبرزنتاشيون وسوريانو (Miranda, Presentacion& Soriano, 2002, U.S.A):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج متعدد المحاور أساسه مدرسي في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

Effectiveness of A school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج متعدد في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث تم استخدام آليات زيادة أشكال السلوك التكيفي مثل التعزيز الإيجابي، ومبدأ بريماك، والتعزيز الرمزي، وعلى آليات تقليل أشكال السلوك غير التكيفي مثل المحو، العزل، وتكلفة الاستجابة، أما آليات تعديل السلوك المعرفي فتضمنت أسلوبي التعليم الذاتي، والتقييم الذاتي، وقد تم تطبيقه بوساطة المعلمين في الأوضاع الصفية العادية.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٥٠) طالباً وطالبة من (١٧) مدرسة مختلفة بمقاطعة فالنسيا Valencia، حيث تكوّنت المجموعة التجريبية من (٢٩) طالباً (٢٦ ذكراً و٣ إناث) تراوحت أعمارهم ما بين (٩,١-٨,٢) سنة، أمَّا المجموعة الضابطة فتكونت من (٢١) طالباً (٥ إناث و١٦ ذكراً) تراوحت أعمارهم ما بين (٩,٤-٨,٥) سنة.

اختيار العينة: تم اختيار أفراد العينة الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بناءً على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج تحسُّن الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة، بالإضافة إلى تحسُّن المشكلات السلوكية التي ترتبط باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مثل (السلوك الموجه ضد المجتمع، الاضطرابات النفسية، القلق)، كما أظهرت النتائج زيادة في تحصيلهم الأكاديمي.

6-دراسة: فاندرا ج راثود وأخرون ٢٠١٥ – الهند.

Vandana J Rathod, Vymo Shah, Jagatheesan Alagesan, Poongundran Paranthaman, Soundarajan P.

عنوان الدراسة: فاعلية علاج الدمج الحسي والعلاج السلوكي المعرفي لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

Effect of Sensory Integration Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

هدف الدراسة: التعرف على فاعلية علاج الدمج الحسي والعلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

عينة الدراسة: اشتملت هذه الدراسة على ٦٠ شخصاً ممن يعانون من الــ ADHD، تم اختيارهم بشكل عشوائي ووزعوا على ثلاث مجموعات مختلفة.

- المجموعة A: تتألف من ٢٠ شخصاً تلّقوا علاج الدمج الحسي.
- المجموعة B: تتألف من ٢٠ شخصاً تلّقوا علاج سلوكي معرفي.
- المجموعة C: تتألف من ٢٠ شخصاً تلّقوا علاجاً مشتركاً سلوكي معرفي وعلاج دمج حسي، وقد طُبقت هذه الدراسة التجريبية في ثلاث كليات للعلاج الطبيعي في الهند، ولقياس النتائج تم استخدام مقياس كونرز التصنيفي-صورة المعلم قبل وبعد ٦ أشهر من التدخل.

نتائج الدراسة: كان هناك انخفاض ملحوظ على درجات مقياس كونرز التصنيفي-صورة المعلم (P< 0,001) لدى أطفال ADHD الذين تلّقوا علاج دمج حسي وحده، والذين تلّقوا علاج سلوكياً معرفياً وحده، وكذلك الذين تلّقوا علاجاً مشتركاً من العلاجات السلوكية المعرفية وعلاج الدمج الحسي.

الاستنتاج: إنّ العلاجات التي تجمع بين العلاج السلوكي المعرفي وعلاج الدمج الحسي كانت مؤثرة وفعّالة في خفض أعراض ADHD كما تم تقييمها على أساس مقياس كونرز التصنيفي-صورة المعلم.

رابعاً: دراسات عربية وأجنبية تناولت مشاركة الوالدين.

1- دراسة باركلي (Barkley, 1985, U.S.A):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي موجه للوالدين في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفالهم ذوي ADHD.

Hyperactivity children, the effectiveness of a training program directed to parents of ADHD children in modifying some of children's behavioral problems.

أهداف الدراسة: تحددت الدراسة بثلاثة أهداف رئيسية:

- تزويد الوالدين بالمعلومات الكافية عن الأسباب الكامنة وراء السلوك المشكل لدى الأطفال بصورة عامة، وأطفال ADHD بصورة خاصة.
- تنمية مهارات الوالدين في التعامل مع هذه المشكلات السلوكية لدى أطفالهم، من خلال تدريبهم على استخدام الفنيات العلاجية السلوكية لمساعدتهم على تعديلها.
- تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وتدريبهم على اتباع القواعد السلوكية المقبولة اجتماعياً.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال الأسوياء، ومجموعة من غير الأسوياء الذين يعانون من ADHD، وتتراوح أعمارهم بين (٢-١١) سنة.

أدوات الدراسة: برنامج تدريبي مكون من خمس خطوات، تم فيه تدريب الوالدين على كل خطوة في عدد من الجلسات التدريبية.

الخطوة الأولى: تدريب الوالدين على تحديد السلوك المشكل، وتحليله وتعرّف الأسباب الكامنة وراءه.

الخطوة الثانية: يتم فيها تقديم التعزيز المعنوي للطفل بعد كل سلوك إيجابي يقوم به، ويمكن أن يقوم الوالدان بتقديم التعزيز المعنوي بعد كل محاولة ناجحة للسلوك المراد تعديله.

لخطوة الثالثة: يتم فيها تقديم المعززات المادية في أثناء تدريب الطفل على اللعب وحده باستقلال بعيداً عن الوالدين.

الخطوة الرابعة: تضمنت تدريب الوالدين على استخدام العقاب مع الطفل وذلك بحرمانه من اللعب، وإجباره على الجلوس على كرسي في مكان منعزل حتى يهدأ ويتعهد باتباع تعليمات الوالدين.

الخطوة الخامسة: يتم فيها تدريب الوالدين على التحكم بسلوك طفلهم في الأماكن العامة، من خلال عقد اتفاقية مع الطفل بعدم قيامه بالسلوك غير المرغوب قبل خروجه من المنزل.

نتائج الدراسة: توصل باركلي في دراسته هذه إلى أن البرنامج كان فعالاً جداً في تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الأسوياء الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه، إلا أن النتائج لم تصل إلى المستوى نفسه لدى الأطفال غير الأسوياء على الرغم من أنها كانت إيجابية ومشجعة، وأضاف إلى أنه يمكن للوالدين تطبيق البرنامج على أطفالهم بطرائق فردية أو جماعية، وإذا كان في الأسرة طفل واحد

يعاني من هذه المشكلات السلوكية فإنه يمكن تطبيق البرنامج عليه بطريقة فردية، أما إذا كان هناك أكثر من طفل يعاني من هذه المشكلات السلوكية داخل الأسرة الواحدة فإنه يمكن تطبيق هذا البرنامج بطريقة جماعية.

2-دراسة هورن و ايلنوجو و جرينبيرغ وباكارد و وينبرى
(Horn,Ialongo,Greenberg,Bakard,Winberry,1990)

عنوان الدراسة: أثر التدريب السلوكي للوالدين وعلاج الضبط الذاتي لذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

Additive effects on behavioral parent training and self-control therapy with attention deficit hyperactivity disordered children.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرُّف على أثر التدريب السلوكي الموجه للوالدين، وعلاج الضبط الذاتي الموجه للأطفال عينة الدراسة.

العينة: بلغ عدد أفراد العينة (٤٢) طفلاً منهم (٣٤) ذكور و (٨) إناث تراوحت أعمارهم من (٧-١١) سنة، وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات تجريبية:

المجموعة الأولى (١٤) طفلاً تلّقت برنامجاً في التدريب على الضبط لذاتي.

المجموعة الثانية (١٤) طفلاً تلّقت برنامجاً في التدريب السلوكي الذي يقوم به الوالدان.

أمَّا المجموعة الثالثة (١٤) طفلاً فقد تلقت البرنامجين معاً، وتضمن برنامج الضبط الذاتي أسلوب تقديم التعليمات الذاتية، أما برنامج التدريب السلوكي فاشتمل على تدريب الوالدين على استخدام أساليب التعزيز المختلفة واستمرت مدة تطبيق البرنامج شهراً ونصف.

اختيار العينة: تم اختيار أفراد العينة بناءً على مقياس كونرز لتقييم سلوك الطفل للمعلمين والوالدين وكذلك بناءً على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدّل للاضطرابات العقلية (DSM-111-R).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية الثالثة التي تلّقت البرنامجين معاً والمجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية وكانت لصالح المجموعة التجريبية الثالثة التي تلّقت البرنامجين معاً.

3-دراسة أناستوبولس (Anastopouls, 1993):

عنوان الدراسة: تدريب والدي أطفال اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأثر ذلك على وظيفة الوالدين.

Parent training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: its impact on parent functioning.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقصي التغيير في أنماط الممارسات الوالدية عند مجموعة من أهالي الأطفال المضطربين بعد إشراك الوالدين في برنامج تدريبي خاص.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٣٦) طفلاً (٢٩ ذكور و٧ إناث) مشخصين بوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم، ولا يعانون من إعاقات سمعية أو بصرية أو اضطرابات نمائية شاملة، وقد تراوحت أعمار المشاركين بين (٦-١١) سنة موزعين إلى مجموعة تجريبية شارك أمهات الأطفال فيها في البرنامج التدريبي ومجموعة ضابطة لم تشارك أمهات الطفال في هذا البرنامج.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مجموعة من المقاييس مثل مقاييس تقدير سلوكات الأطفال (Child Behavior Rating Scales) للتعرف على السلوكات اللاتكيفية التي يُظهرها الطفل، وقائمة باركلي للمواقف المنزلية (Barkley's Home Situations Questionnaire)، وقائمة الرضا الزواجي (Marital Satisfaction Inventory) وهي قائمة خاصة للكشف عن مدى الرضا الذي يدركه الوالدين عن أنماط التفاعل داخل الأسرة، بالإضافة للبرنامج التدريبي والذي تكون من (٩) جلسات بمعدل جلستين أسبوعياً، فضلاً عن جلسات الإرشاد النفسي، واستمر تطبيق البرنامج التدريبي لمدة شهرين، وقد تضمن البرنامج التدريبي مجموعة من المحاور منها:

١- التعريف باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
٢- المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المضطربين.
٣- تدريب الوالدين على تقديم الانتباه والتعزيز الإيجابي للطفل.
٤- تدريب الوالدين على أساليب تعديل السلوك بما فيها التجاهل، وأسلوب تكلفة الاستجابة وأسلوب الإقصاء.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية قد أظهروا تغييرات في عدة نواحي نفسية مباشرة بعد انتهاء البرنامج، فقد أظهرت النتائج تحسناً في مفهوم الذات عند الوالدين، وزيادة في مدى الرضا عن أنماط التفاعل داخل الأسرة، وانخفاضاً في مستوى السلوكات اللاتكيفية التي يظهرها الطفل.

4-دراسة فروليك ودوبفنر وليمكول (Froelich, Doepfner& Lehmkuhl, 2002):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بمشاركة تدريب الوالدين على إدارة السلوك لدى أطفال ADHD.

Effects of combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة لتقصي فعالية برنامج سلوكي معرفي في تحسين مستوى الإنجاز الأكاديمي وخفض أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، بحيث يتم تطبيق هذا البرنامج في المدرسة والمنزل من خلال والدي ومعلمي هؤلاء الأطفال.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٨) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٨-١٠) سنوات وبمشاركة معلميهم ووالديهم، وقد تضمن البرنامج تعريف والدي ومعلمي الأطفال بالاضطراب من حيث الخصائص والأعراض وأساليب تعديل السلوك كالتعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً في حدة أعراض الاضطراب والسلوكات اللاتكيفية المرتبطة به في المنزل والمدرسة، بالإضافة إلى تحسن الإنجاز الأكاديمي عند هؤلاء الأطفال.

5-دراسة هارفي وآخرون (Harvey, Danforth, McKee, Ulozek& Friedman, 2003):

عنوان الدراسة: والدي الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه/النشاط الزائد، والدور الوظيفي لأعراض هذا الاضطراب لدى الوالدين.

Parenting Of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The Role of Parental Symptomology.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تدريبي سلوكي للمعاملة الوالدية على خفض أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٧٢) من الأمهات اللواتي يعانين هن وأطفالهن من أعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن الأمهات اللواتي يعانين من ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد بشكل خفيف أو متوسط كن أكثر تسامحاً مع مشاكل أطفالهن السلوكية واستفدن هن وأطفالهن بشكل أكبر من البرنامج التدريبي، كما كانت الأمهات اللواتي يعانين من الأعراض الحادة لاضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد أقل استفادة من البرنامج التدريبي.

6- دراسة لانغ وشيرن وكار ودولي وبارتون ومارشال وموليغان ولولور وبيلتون وديول (Lang, Sheerin, Carr, Dooley, Barton, Marshall, Mulligan, Lawlor, Belton& Doyle, 2005):

عنوان الدراسة: العوامل العائلية المرتبطة باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد والاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال.

Family factors associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and emotional disorders in children.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تشخيص الصعوبات النفسية التي تُظهرها عائلات هؤلاء الأطفال، وقد تركزت فرضيات الدراسة على بعدي الاكتئاب والقلق بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي المدرك.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٢) أماً و(١٣) أباً لمجموعة من (٢٢) طفلاً لديه اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كمجموعة تجريبية، يماثلهم نفس العدد ضمن مجموعة ضابطة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة مستويات أعلى من التوتر والقلق والاكتئاب وأقل من الدعم النفسي والاجتماعي المدرك عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، كما أظهر أفراد المجموعة التجريبية وجود أنماطاً أكثر حزماً من أفراد المجموعة الضابطة في التعامل مع الاضطرابات السلوكية عند الأطفال.

7-دراسة الدراس (٢٠٠٧) السعودية:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر برنامج تدريبي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم.

عينة الدراسة : تم اختيار عينة الدراسة من أطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم من المقيمين في المملكة العربية السعودية، وقد بلغ عدد أفراد الدراسة (٤٥) طفلاً تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسادسة من العمر يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع والديهم، تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات المجموعة التجريبية الأولى وتضم (١٥) طفلاً ووالديهم وقد تلّقى أطفال المجموعة التجريبية الثانية البرنامج الفردي ذاته لتعديل السلوك بالإضافة إلى تلقي والديهم برنامج فردي لتدريب الوالدين، بينما لم يتلق الأطفال أو والديهم في المجموعة الضابطة أي برامج تدريبية هذا وقد استغرق تطبيق البرنامج ثمانية أسابيع، بواقع جلستين تدريبيتين أسبوعياً.

أدوات الدراسة:

قائمة تقدير سلوكات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين).

برنامج سلوكي لتعديل السلوك الفردي.

برنامج لتدريب والدي الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

نتائج الدراسة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة لصالح المجموعتين التجريبيتين، وهذا يشير إلى أن البرامج التدريبية كانت فعالة في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة التجريبية الثانية، لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وهذا يدل على أن الربط بين تعديل السلوك الفردي الموجه للطفل، والإرشاد والتدريب لوالدي هذا الطفل، له فعالية أكبر في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب الحركة وتشتت الانتباه.

8-دراسة البوالصة (٢٠٠٧) الأردن:

عنوان الدراسة: أثر برنامج لتدريب والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على مجموعة من المتغيرات النفسية والتربوية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقصي أثر برنامج تدريبي لوالدي أطفال اضطراب النشاط الزائد على مجموعة من المتغيرات النفسية والتربوية لدى هؤلاء الأطفال.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة (٣٣) طالباً وطالبة جميعهم مشخصين بوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية تكونت من (١٨) طالبة وطالبة، ومجموعة ضابطة من (١٥) طالباً وطالبة، وقد شارك أولياء أمور أفراد المجموعة التجريبية في البرنامج التدريبي المقترح للدراسة وامتد شهرين بواقع (١٥) جلسة تدريبية.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض في مستوى السلوكات اللاتكيفية والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، دون حدوث أي تغيير في مفهوم الذات أو مستوى التحصيل الأكاديمي لدى جميع أفراد الدراسة، وهذه النتائج تؤكد قدرة البرنامج التدريبي المقترح في الدراسة على خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مثل مستوى السلوكات اللاتكيفية والاكتئاب والمحافظة على هذه الآثار لما بعد توقف جلسات البرنامج، كما أشارت نتائج المقابلات التي قام الباحث بإجرائها مع مجموعة من أمهات الأطفال في المجموعة التجريبية واللواتي شاركن في البرنامج التدريبي إلى حدوث تغيير نحو الأفضل لدى الأطفال بعد مشاركة الأمهات في جلسات البرنامج التدريبي وتطبيق ما تعلمنه مع الطفل.

9-دراسة القاضي (٢٠١٠) السعودية:

عنوان الدراسة: أبعاد الإساءة الوالدية للأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وعلاقتها ببعض المتغيرات.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة أبعاد الإساءة للأطفال ذوي اضطراب ADHD وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل مقارنتهم بالأطفال العاديين والفرق بين الذكور والإناث والتعرض للإساءة من قبل الأم أو الأب وهل تختلف الإساءة حسب اختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من جزئيين:

- عينة الآباء والأمهات وتكونت من (١٥٤) فرداً، (٨٠) فرداً يمثلون آباء وأمهات الأطفال العاديين، (٧٤) فرداً يمثلون آباء وأمهات الأطفال ذوي ADHD.
- عينة الأطفال تكونت من (١٥٤) طفلاً من أطفال الصف الخامس الابتدائي بمدارس مدينة الطائف المقيدين في العام الدراسي إلى مجموعتين: مجموعة الأطفال العاديين المساء معاملتهم وتتكون من (٨٠) تلميذاً (٤٦ ذكور، ٣٤ إناث)، ومجموعة الأطفال ذوي اضطراب ADHD المساء معاملتهم من قبل والديهم، وعددهم (٧٤) طفلاً من أطفال الصف الخامس.

أدوات الدراسة: استعمل الباحث مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من إعداد الباحث، ومقياس الإساءة والإهمال للأطفال من إعداد آمال عبد السميع باظة.

نتائج الدراسة: كانت نتائج الدراسة أن إصابة الأطفال باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد يجعلهم عرضة لوقوع الإساءة البدنية والنفسية وعرضة للإهمال.

10-دراسة عبد الغنى (٢٠١١) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية الإرشاد الوالدي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمحافظة أسوان.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية الإرشاد الوالدي في خفض النشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٢) تلميذاً منهم (١١) تلميذاً وتلميذة واحدة كعينة تجريبية وتتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة ووالديهم.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومقياس المهارات التفاوضية للوالدين وبرنامج الإرشاد الوالدي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض في درجات الأطفال ذوي النشاط الزائد في مقياس النشاط الزائد في التطبيق البعدي والتتبعي مما يشير إلى فاعلية الإرشاد الوالدي في خفض أعراض النشاط الزائد.

11-دراسة عبد الوهاب والطحان (٢٠١٢) الكويت:

عنوان الدراسة: أثر برنامج إرشادي جمعي في تحسين أساليب معاملة الأمهات الكويتيات لأطفالهن وخفض أعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لديهم.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس أثر برنامج إرشادي جمعي في تحسين أساليب معاملة الأمهات لأطفالهن من ذوي ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد وخفض أعراض هذا الاضطراب لديهم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٢) أم وأطفالهن ممن يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد تتراوح أعمارهم بين (٦-٨) سنوات، وتم توزيع الأمهات عشوائياً لتكوين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة تتضمن كل منها (١١) أم وتم تكوين مجموعتين تجريبية وضابطة من الأطفال بناء على مجموعتي الأمهات اللاتي طُبق عليهن البرنامج الإرشادي والذي استمر لمدة (٨) أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً.

أدوات الدراسة: تم تطبيق بطاقة ملاحظة لأعراض اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد من قبل الأمهات كما طُبق أيضاً مقياس المعاملة الوالدية على كل من الأمهات وأطفالهن للتعرف على استجابة كل منهما على حدة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية نتيجة تطبيق البرنامج الإرشادي الجمعي وذلك لصالح المجموعة التجريبية، حيث كان هناك تحسن في المعاملة الوالدية من وجهة نظر كل من الأمهات وأطفالهن وكان هناك انخفاض لأعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية.

12-دراسة محمد (٢٠١٢) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي سلوكي باستخدام دمج فنيتي نظام النقط مع العقود لمساعدة القائمين على رعاية أطفال ADHD من معلمين وآباء وأثره على تنمية الانتباه وخفض النشاط الزائد عند الأطفال.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على دور وفعالية البرنامج العلاجي السلوكي باستخدام دمج فنيتي نظام النقط مع العقود في مساعدة القائمين على رعاية الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ADHD وأثره على زيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً يعاني من اضطراب ADHD تتراوح أعمارهم بين (٦-٨) سنوات، ومن (٤٠) من الوالدين (٢٠ أب و٢٠ أم) تتراوح أعمارهم بين (٣٥-٤٠) سنة، و(٤٠) معلماً من معلمي المواد الدراسية المختلفة للأطفال في المدارس تتراوح أعمارهم من (٣٢-٣٩) سنة، و(٨) أخصائيين نفسيين تتراوح أعمارهم بين (٣٧-٤٥) سنة.

أدوات الدراسة: اشتملت الأدوات على استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للقائمين على رعاية الأطفال واستمارة متابعة لمساعدة الوالدين على ملاحظة سلوك أطفالهم ذوي ADHD في المنزل والنادي، واستمارة متابعة لمساعدة المدرسين والأخصائيين النفسيين على ملاحظة سلوك الأطفال ذوي ADHD في المدرسة، ولوحة دمج نظام النقط مع العقود في البرنامج العلاجي السلوكي لمساعدة القائمين على رعاية الأطفال ذوي اضطراب ADHD، ومقياس انتباه الأطفال وتوافقهم.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القدرة على الانتباه وخفض النشاط الزائد باستخدام برنامج علاجي سلوكي لمساعدة القائمين على رعاية أطفال ADHD في المنزل والمدرسة لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في القدرة على الانتباه وخفض النشاط الزائد باستخدام برنامج علاجي سلوكي لمساعدة القائمين على رعاية أطفال ADHD في المنزل والمدرسة لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل. ودلت النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية في القدرة على الانتباه وخفض النشاط الزائد باستخدام برنامج علاجي سلوكي لمساعدة القائمين على رعاية أطفال ADHD في المنزل والمدرسة.

خامساً-التعقيب على الدراسات السابقة:

نلاحظ من خلال العرض السابق للدراسات ما يلي:

1- أكدت الدراسات على فاعلية الاستخدام المنظم والدقيق لأساليب وإجراءات تعديل السلوك في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (ADHD).

2-أكدت الدراسات التي اعتمدت العلاج السلوكي المعرفي على فاعلية هذا النوع من العلاجات في خفض مظاهر هذا الاضطراب، كما ورد في الدراسات التالية:

-دراسة أبيكوف (Abikof, 1991)

-دراسة ماتس وبندر (Mathes & Bender, 1997) وغيرها من الدراسات.

3-أكدت الدراسات التي اعتمدت العلاج السلوكي على فاعلية هذا النوع من العلاجات في خفض مظاهر هذا الاضطراب كما ورد في الدراسات التالية: دراسة السلاموني (٢٠٠١) ، دراسة السعدي (٢٠٠٤)، دراسة (Davies& Witte, 2006) (Carlson, Maan&Alexander, 2000)

4-أكدت الدراسات التي اعتمدت العلاج متعدد الأوجه على فاعلية هذا النوع من العلاجات في خفض مظاهر هذا الاضطراب، كما ورد في دراسة (Miranda, Presentacion& Soriano, 2002)

5-أكدت الدراسات التي اعتمدت مشاركة الوالدين أهمية دور الأسرة في إنجاح البرامج العلاجية المقدمة للأبناء في خفض أعراض هذا الاضطراب، كما هو الحال في دراسة عبد الغني (٢٠١١)، دراسة عبد الوهاب والطحان (٢٠١٢)، دراسة البوالصة (٢٠٠٧)، دراسة (Lang, Sheerin, Carr, Dooley, Barton, Marshall, Mulligan, Lawlor, Belton& Doyle, 2005)، دراسة (Froelich, Doepfner& Lehmkuhl, 2002) وغيرها من الدراسات.

6-بينت الدراسات من خلال نتائجها أن العلاج تجاوز مواقف التدريب، وعممت الأنماط السلوكية المكتسبة.

سادساً-مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

إن الدراسة الحالية جاءت متشابهة مع الدراسات السابقة من حيث الموضوع الذي تناولته والأساليب العلاجية والأدوات المستخدمة في تلك الدراسات، وما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة **أولاً**: أنها استخدمت الفنيات متعددة وهي (التشكيل، النمذجة، الحث، التكرار، التعزيز، المناقشة، الواجب المنزلي) بقصد ضبط سلوك النشاط الزائد/الاندفاعية لدى التلاميذ داخل الحجرة الصفية.

ثانياً: الانتقال إلى تدريبهم على فنية التعليمات الذاتية التي طورتها Isabelle Orjales Villar، التي من شأنها أن تطيل أمد ضبط السلوك النشط لدى التلاميذ، وتحسين عملية الانتباه لديهم، مما يتيح لهم الاستفادة من المواقف التعليمية -التعلمية إلى أقصى حد ممكن، والذي ينعكس إيجاباً على تحصيله الدراسي وتوافقه الاجتماعي ومفهومه لذاته. **ثالثاً**: مشاركة الأمهات في حضور جلسات البرنامج كداعمات ومساهمات في حل الواجبات المنزلية. **رابعاً**: التركيز في جلسات البرنامج على التدريب القائم على العمليات النفسية (تحسين عملية الانتباه).

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

مقدمة.

أولاً–منهج البحث.

ثانياً: متغيرات البحث.

ثالثاً: المجتمع الأصلي وعينة البحث.

رابعاً: أدوات البحث.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

منهج البحث وإجراءاته

مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرضاً لمنهج البحث وعينة البحث متضمناً كيفية اختيارها والإجراءات التي تمت لتحديدها، ثم عرضاً تفصيلياً للأدوات التي تم إعدادها، والأدوات التي تم استخدامها، يلي ذلك عرض لخطوات تصميم البحث شبه التجريبي، والذي تضمن مرحلة القياس القبلي، ثم تطبق البرنامج، فمرحلة القياس البعدي، وأخيراً مرحلة قياس المتابعة، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة، وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات.

أولاً: منهج البحث: ينتمي هذا البحث إلى فئة البحوث التجريبية التي يقوم فيها الباحث بدراسة أثر متغير تجريبي (مستقل) على متغير تابع أو أكثر، وعلى وجه التحديد ينتمي البحث إلى فئة التصميمات شبه التجريبية Quazi-Experimental Designs وسميت التصميمات بهذا الاسم لأنه لا يتم فيها الاختيار والتعيين عشوائياً، وكذلك لا يتم فيها ضبط المتغيرات الخارجية بمقدار ضبطها في التصميمات التجريبية الحقيقية، إلا أنها لاتصل من حيث تدني ضبط المتغيرات لمستوى التصميمات التمهيدية، وإنما يتم ضبطها بحيث يحول بين عوائق الصدق الداخلي والصدق الخارجي من أن يكون لها أثر على صدق التجربة (العساف ١٩٨٩: ٣٢٠).

لقد اعتمد البحث الحالي على تصميم القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية، والجدول (٢) يوضح التصميم شبه التجريبي للبحث.

الجدول (2)

التصميم شبه التجريبي للبحث

المجموعة	القياس	المتغير المستقل	القياس	القياس
التجريبية	قبلي	البرنامج التدريبي	بعدي	المؤجل (المتابعة)
الضابطة	قبلي	–	بعدي	–

ثانياً: متغيرات البحث:

1- المتغير المستقل: هو البرنامج التدريبي الذي يحتوي على مجموعة من الإجراءات والفنيات المتعلقة بالتعديل السلوكي.

2-المتغير التابع: يتمثل المتغير التابع بالأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (نقص الانتباه-النشاط الزائد-الاندفاعية).

ثالثاً-المجتمع الاحصائي للبحث:

تكون المجتمع الأصلي للبحث من (839) تلميذاً وتلميذة المنتسبون إلى الصف الثالث والرابع من مرحلة التعليم الأساسي الحلقة الأولى في مدينة الصنمين التابعة لمديرية التربية في محافظة درعا،

والموزعين على (١١) مدرسة و(٢٤) شعبة صفية، وتم التعرف على(٤٨) تلميذ وتلميذة مما يعانون من أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد النمط المركب.

١-عينة البحث:

تتكون عينة البحث الحالي من (22) تلميذ وتلميذة، بواقع (11) تلميذ وتلميذة يمثلون أفراد المجموعة التجريبية ويعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (ADHD-C)، و(11) تلميذ وتلميذة يمثلون أفراد المجموعة الضابطة ويعانون من (ADHD-C)، وقد تم اختيارهم من بين (48) تلميذ وتلميذة من تلاميذ الصف الثالث والرابع من مدارس التعليم الأساسي-الحلقة الأولى والذين تقدر أعمارهم بـ(10) سنوات، بمتوسط حسابي قدره (10.25) والجدول رقم (3) يوضح توزيع العينة.

الجدول (3)

توزيع أفراد العينة بحسب المدرسة والجنس

المجموعة	اسم المدرسة	العدد الكلي	الذكور	الإناث
التجريبية	الشهيد العتمة-بنات الصنمين-والمدرسة الثامنة	11	9	2
الضابطة	الرابعة –السادسة	11	9	2

لقد روعي في اختيار العينة النقاط الآتية:

- الاقتصار على تلاميذ الصفين الثالث والرابع.
- العمر الزمني للعينة (10) سنوات.
- وجود الوالدين على قيد الحياة.
- **أن تنطبق على التلميذ/ة المحكات التشخيصية الثلاث مجتمعة لاضطراب ADHD-C**
- تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني، والذكاء، والأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد.

٢-خطوات سحب العينة الأساسية:

الخطوة الأولى: طلب الباحث من المعلمين بناء على المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية لعام 2013(DSM-5) تحديد الأطفال الذين يرون أنهم يعانون من ADHD، بغية الكشف عن أولئك التلاميذ، وقد أظهرت التقديرات أن هناك (56) تلميذاً وتلميذة يعانون من ADHD من أصل (839) من التلاميذ العاديين، بواقع (45) تلميذاً و(11) تلميذة.

الخطوة الثانية: طلب الباحث من المعلمين والأمهات تقدير سلوك التلاميذ (56) على مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، بصورتيه (المعلم/الوالدين) والذي تم إعداده من قبل الباحث، بعد القيام بهذه الخطوة تبين للباحث أنه يتوجب استبعاد (8) تلاميذ بواقع (5) تلاميذ ذكور و(3) إناث.

الخطوة الثالثة: تبين نتيجة الخطوة السابقة بأن العدد المتبقي من التلاميذ (48) تلميذاً وتلميذة بواقع (40) ذكور و(8) إناث، وبعد ذلك عمد الباحث إلى اختيار أفراد عينة البحث وتوزيعها إلى مجموعة تجريبية عددها (15) تلميذاً وتلميذة بواقع (12) ذكور و (3) إناث، حيث تم اختيارهم من المدارس التالية (الشهيد العتمة، بنات الصنمين، والمدرسة الثامنة) للتعليم الأساسي/الحلقة الأولى، وتم اختيارهم

من هذه المدارس نظراً لقربها من بعضها، مما يمكن الباحث من جمع التلاميذ وأمهاتهم في مدرسة واحدة وتطبيق البرنامج عليهم. كما تم اختيار (15) تلميذاً وتلميذة كمجموعة ضابطة من المدارس (الرابعة، السادسة) أيضاً بسبب قرب المدرستين من بعضهما.

هذا وبسبب عدم موافقة بعض أهالي التلاميذ على مشاركة أبنائهم في جلسات البرنامج المقترح من قبل الباحث، أدى ذلك إلى انسحاب (4) تلاميذ بواقع (3) ذكور و(1) أنثى، مما اضطر الباحث إلى خفض عدد أفراد المجموعة الضابطة (4) تلاميذ أيضاً بواقع (3) ذكور و(1) تلميذة أنثى، وذلك ليصار إلى تمكن الباحث من إجراء عملية التكافؤ بين المجموعتين.

٣-تجانس المجموعتين:

تم إجراء التكافؤ في متغير العمر ومتغير الذكاء ومتغير أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه (المعلم والوالدين) عند المجموعتين التجريبية والضابطة حيث تم ضبط هذه المتغيرات حتى يتجنب تأثيرها على المتغير التابع وذلك من خلال تحقيق التكافؤ بين مجموعتي البحث (التجريبية والضابطة) حيث تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والتباين، الجدول (4) يبين ذلك.

الجدول (4)

نتائج اختبار(F) للدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث الذكاء والعمر وأبعاد اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

المتغيرات		الاختبار الاحصائي / المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التباين	F المحسوبة	F المجدولة المستوى 0.05	القرار
الذكاء		التجريبية	21.36	2.70	7.29	2.22	3.72	غير دالة
		الضابطة	20.27	1.81	3.27			
العمر الزمني		التجريبية	10.36	1.06	1.12	2.28	3.72	غير دالة
		الضابطة	10.15	0.70	0.49			
أبعاد ADHD	نقص الانتباه	التجريبية	166.81	16.42	268.6	1.23	3.72	غير دالة
		الضابطة	152.36	14.76	218.05			
	النشاط الزائد	التجريبية	108.90	16.16	261.36	1.37	3.72	غير دالة
		الضابطة	101.09	13.78	190.088			
	الاندفاعية	التجريبية	87.72	10.81	116.93	1.35	3.72	غير دالة
		الضابطة	70.45	9.28	86.24			
	الدرجة الكلية	التجريبية	363.45	32.32	1045	1.57	3.72	غير دالة
		الضابطة	323.90	26.15	684.08			

ومنه يتضح: لدى الرجوع إلى الجدول (هارتليHartley's)، أن قيمة (F) النظرية تساوي3.72 إذا كانت د٠ ح١ تساوي 10 ود٠ح٢ تساوي 10 وكان مستوى الدلالة المتخذ يساوي (5%) نظراً لأن

(F) المحسوبة أصغر من (F) النظرية، وبالتالي لا يسعنا إلا قبول الفرضية القائلة بعدم وجود فرق جوهري بين ع٢ للمجموعة التجريبية وع٢ للمجموعة الضابطة، وبالتالي فإننا نقرر أنهما قد سحبتا من المجتمع الأصلي وأنهما متماثلتين إحصائياً من حيث التباين (الكيلاني، الشريفين ٢٠٠٥: ٢١٩).

رابعاً-أدوات البحث:

١-المحكات التشخيصية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5-2013).

٢-مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد. صورة المعلم من إعداد الباحث.

٣-مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد. صورة الوالدين من إعداد الباحث.

٤-اختبار المصفوفات المتتابعة لـ رافن (تعريب وتقنيين رحمة، 2004).

٥-برنامج تدريبي:

لقد تم بناء المقاييس المستخدمة في هذا البحث استناداً إلى الخلفية النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة البحث والمقاييس المتوافرة للباحث مثل:

- المحكات التشخيصية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، كما وردت في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR 2000).
- استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال. (استبيان الأسرة والمدرسة)، إعداد فيصل الزراد. ١٩٩٩
- قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل/تقدير المعلم من إعداد السيد إبراهيم السمادوني (١٩٩١).
- قائمة ملاحظة السلوك من إعداد معتز المرسى (١٩٩٨).
- مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم -عبد الرقيب أحمد البحيري وعفاف محمد محمود عجلان (٢٠٠٥)

١-المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، النسخة الخامسة لعام 2013 (DSM-5, 2013, 60)، وذلك لتشخيص حالات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وقد أُستخدمت هذه الأداة لاختيار أفراد الدراسة فقط، وممن تم ترشيحهم من قبل المعلمين، حيث تم ترجمة فقرات المحكات التشخيصية إلى العربية والتي تشمل محكين اثنين هما: محك نقص الانتباه ويحتوي على (9) فقرات، ومحك النشاط الزائد/الاندفاعية ويحتوي على (9) فقرات، والعلامة الكلية للمحكات تبلغ 18 درجة، وتُطبق تلك المحكات على الطالب بصورة فردية وتأخذ وقتاً قصيراً نسبياً، وللحكم على الطالب بأنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يجب أن تنطبق عليه 6 من 9 أعراض نقص الانتباه على الأقل، و6 من 9 أعراض النشاط الزائد والاندفاعية على الأقل، ملحق رقم (٢).استخدم الباحث هذه القائمة كأداة مسحية أولية مختصرة لـ(ADHD)

٢-مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد. صورة المعلم وصورة الوالدين

وصف المقياس: تضمن المقياس (78) فقرة تمثل صورة المعلم و(78) فقرة تمثل صورة الوالدين موزعة على الأبعاد التالية: نقص الانتباه -النشاط الزائد -الاندفاعية. الجدول رقم (5) يبين توزيع الأبعاد.

الجدول (5)

توزيع عدد الفقرات على أبعاد مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد

م	البعد	عدد الفقرات الموجهة للمعلم/ ة	عدد الفقرات الموجهة للأهل
1	نقص الانتباه	36	36
2	النشاط الزائد	22	22
3	الاندفاعية	20	20
4	المجموع	78	78

طريقة تطبيق المقياس: يتميز المقياس بسهولة التطبيق، إذ لا يتطلب درجة عالية من التأهيل والتدريب، حيث يستطيع الوالدين والمعلم بمساعدة الاختصاصي النفسي تطبيقه دون أي تدريب خاص، كما أن الفترة الزمنية التي يحتاجها تطبيق المقياس تُعد قصيرة، إذ لا تتجاوز (٣٥) دقيقة.

إنَّ المقياس موجّه نحو الآخرين وليس نحو المفحوص نفسه؛ حيث يتم جمع البيانات من قِبل أشخاص ملاحظين لسلوكات التلميذ: المُدرس، أو أحد أولياء الأمور، أو أي شخص يعتني بالطفل، ويتم اعتماد تقديرات الآخرين لتلك السلوكات، حيث يقرأ الملاحظ التعليمات الموضحة في الصفحة الأولى للمقياس ويجيب بعد التأكد من فهمه الدقيق عن العبارة، والدرجة التقديرية المقابلة لها، ويجب التأكيد على ضرورة الإجابة عن كافة العبارات التي تُعبِّر عن المقياس.

لقد اعتمد الباحث على الخطوات التالية أثناء تطبيق المقياس مع المعلم/ة أو أحد الوالدين:

١. المقابلة المباشرة لتوضيح كيفية الإجابة عن بنود المقياس من حيث إعطاء الدرجة المناسبة لكل بند مع التأكيد على توضيح بعض البنود إذا اقتضى الأمر ذلك.
٢. التأكيد على عدم ترك أي بند دون إجابة.
٣. قيام الباحث بجمع الدرجات وتفريغ النتائج.

تصحيح المقياس: عند تصحيح المقياس تُعطى الدرجة المناسبة لكل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل أربعة: الدرجة (0) لا يحدث، الدرجة (1) أحياناً، والدرجة (2) كثيراً، درجة (3) دائماً، ويتم تدوين هذه الدرجات أمام كل بند من البنود ثم يقوم الباحث بجمع الدرجات لكل بعد من الأبعاد.

ويشير ارتفاع الدرجة الكلية للصورتين المدرسية والمنزلية معاً إلى ارتفاع حدة أعراض هذا الاضطراب لدى التلميذ والعكس صحيح، والدرجة الكلية للصورة الواحدة من المقياس تساوي مجموع الدرجات التي يحصل عليها التلميذ على جميع فقراتها، كما أن الدرجة الكلية للمقياس تساوي مجموع الدرجات التي يحصل عليها التلميذ في صورة المقياس المدرسية+ مجموع الدرجات التي يحصل

عليها في صورة المقياس المنزلية، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (صفر- 468) درجة، وفي الدراسة الحالية فإن التلميذ الذي حصل على (260) درجة أو أكثر على المقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية، تم الحكم عليه أنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

صدق المقياس: يُعرّف الصدق أنه قياس الاختبار فعلاً أو حقيقة ما وضع لقياسه. (كوافحة ٢٠٠٣: ١٠٩).

أ-صدق المحتوى: استخدم الباحث صدق المحتوى في فحص مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه المعلم والوالدين، حيث قام الباحث بعرض فقرات المقياسين على عدد من محكمين من أعضاء الهيئة التدريسية والتعليمية في أقسام الإرشاد والتربية الخاصة والصحة النفسية في كل من كلية التربية بدمشق ودرعا، حيث طلب منهم إبداء رأيهم حول مدى ملائمة الفقرة للبعد ومدى صحة الصياغة اللغوية وقد تم أخذ جميع الملاحظات بعين الاعتبار، وقد تم انتقاء العبارات التي قرر 90% من المحكمين على الأقل صلاحيتها، وقد أجمع أغلبيتهم على صلاحية المقياس بصورتيه المعلم والوالدين وصدقه في قياس اضطراب تقص الانتباه/النشاط الزائد، حيث قام الباحث بحذف عبارة "يعاني من الذهول والحيرة والارتباك" من بعد نقص الانتباه، وعبارة "يبكي بسرعة دون سبب واضح" من بعد الاندفاعية. الملحق (١).

ب-**الصدق التمييزي:** تم حساب صدق المقياس عن طريق استخدام صدق المقارنة الطرفية أو الصدق التمييزي حيث يشير هذا الأسلوب في حساب صدق المقياس إلى قدرة المقياس على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الاضطراب.

حيث يقوم هذا النوع من الصدق على مقارنة درجات الثلث الأعلى بدرجات الثلث الأدنى، وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين، فإذا كانت هناك دلالة إحصائية واضحة للفرق بين متوسط الثلث الأعلى ومتوسط الثلث الأدنى يمكن القول بأن الاختبار صادق. (عبد الرحمن ١٩٩٨: ١٩١)

الجدول رقم (6) والجدول رقم (7) يوضح معامل الصدق التمييزي لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد صورة المعلم وصورة الوالدين.

الجدول (6)

معامل الصدق التمييزي لمقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد صورة المعلم

درجات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T المجدولة عند المستوى 1%	القرار
الحد الأعلى	180.12	24.06	9.12	2.94	دالة إحصائياً
الحد الأدنى	100.12	23.99			

الجدول (7)

معامل الصدق التمييزي لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد صورة الوالدين.

درجات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T المجدولة عند المستوى 1%	القرار
الحد الأعلى	183.25	16.21	5.58	2.94	دالة إحصائياً
الحد الأدنى	152.58	13.16			

يمكن الاستنتاج من الجدولين السابقين أن مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد صورة المعلم، وصورة الوالدين لديه القدرة التمييزية، للتمييز بين مرتفعي ومنخفضي الاضطراب بدلالة الفروق الدالة إحصائياً عند مستوى (1%) مما يؤكد على تمتع المقياس بالصدق التمييزي.

ج-صدق الاتساق الداخلي: جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (26) تلميذاً وتلميذة، وتم حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس وكما تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وذلك باستخدام البرنامج (Excel). وذلك على صورتيه المعلم والوالدين.

أ: صدق الاتساق الداخلي لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد (صورة المعلم)

الجدول رقم (8)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس نقص الانتباه مع الدرجة الكلية لفقراته صورة المعلم

م	الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١	لا يركز. سهل التشتت.	0.61	0.01
٢	مدى انتباهه قصير.	0.60	0.01
٣	يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.	0.61	0.01
٤	يجد صعوبة في الانتباه إلى تفاصيل الأشياء.	0.52	0.01
٥	يصعب عليه تعرف كلمة معينة في جملة ما.	0.60	0.01
٦	يجد صعوبة في البقاء منتبهاً للأعمال التي يؤديها.	0.63	0.01
٧	يصعب عليه تركيز انتباهه في أثناء حل التدريبات.	0.61	0.01
٨	يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة الموكلة إليه.	0.60	0.01
٩	ينصرف عن الأعمال التي تتطلب الاستمرار في التركيز.	0.68	0.01
١٠	كثيراً ما ينشغل بذاته داخل الحجرة الصفية.	0.54	0.01
١١	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة.	0.40	0.05

١٢	يجد صعوبة في الإنصات لمحدثه.	0.46	0.05
١٣	يطلب منه المعلم بشكل متكرر تركيز انتباهه في أثناء شرح الدرس.	0.52	0.01
١٤	يتشتت انتباهه بسهولة نتيجة لمنبهات خارجية.	0.41	0.05
١٥	يكرر رسم النقط أو الخطوط دون فائدة من هذا التكرار.	0.44	0.05
١٦	يكرر كتابة الحروف أو الأرقام دون فائدة من هذا التكرار.	0.47	0.05
١٧	يصعب عليه الانتقال من مهمة تعليمية إلى أخرى.	0.77	0.01
١٨	يفقد أدواته اللازمة لأداء مهامه المدرسية (أقلام. دفاتر. كتب ....)	0.48	0.05
١٩	يصعب عليه تركيز انتباهه عند توجيه الأسئلة إليه داخل الحجرة الصفية.	0.68	0.01
٢٠	يقع في أخطاء كثيرة عند القراءة الجهرية في الصف.	0.44	0.05
٢١	يقع في أخطاء كثيرة عند الكتابة على السبورة.	0.50	0.01
٢٢	يقع في أخطاء كثيرة عند الكتابة في دروس الإملاء.	0.60	0.01
٢٣	يصعب عليه الاستماع باهتمام لتعليمات وتوجيهات المعلم.	0.43	0.05
٢٤	يتعرض لحوادث كثيرة نتيجة عدم انتباهه.	0.41	0.05
٢٥	قدرته على ربط المعلومات ضعيفة.	0.73	0.01
٢٦	يضع الأشياء في غير موقعها أو مكانها الصحيح.	0.39	0.05
٢٧	يميل إلى الضجر بسهولة (لا ينسجم دائماً).	0.61	0.01
٢٨	نادراً ما يشارك في المناقشة مع أقرانه.	0.65	0.01
٢٩	يحتاج إلى متابعة مستمرة وتذكير بالأنشطة والأعمال.	0.44	0.05
٣٠	دائم النسيان للأنشطة اليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر.	0.70	0.01
٣١	يواجه صعوبة في ربط الأحداث بشكل متسلسل.	0.66	0.01
٣٢	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه التشابه بين الأشياء.	0.60	0.01
٣٣	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه الاختلاف بين الأشياء.	0.62	0.01
٣٤	يحتاج إلى وقت طويل للإجابة على الأسئلة المطروحة عليه.	0.76	0.01
٣٥	يصعب عليه الانتباه لأكثر من خمس دقائق.	0.72	0.01
٣٦	يصعب عليه الانتباه للمفاهيم الجديدة.	0.78	0.01

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.496

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.05) = 0.388

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01 و0.05).

الجدول (9)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس النشاط الزائد مع الدرجة الكلية لفقراته صورة المعلم

م	الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١	كثير الحركة داخل الصف وخارجه.	0.65	0.01
٢	يتلفت كثيراً في مقعده.	0.69	0.01
٣	يحرك يديه وقدميه دون هدف.	0.69	0.01
٤	يخرج من صفه عدة مرات دون مبرر.	0.74	0.01
٥	يزعج زملائه داخل الصف.	0.79	0.01
٦	غالباً ما يتلف الأدوات التي يستخدمها.	0.70	0.01
٧	غير مرتب إنه فوضوي.	0.68	0.01
٨	كثير التململ والحركة / لا يستطيع الاسترخاء.	0.75	0.01
٩	كثيراً ما يتحدث بشكل مفرط (ثرثار).	0.73	0.01
١٠	يتسلق ويركض بشكل مفرط في المواقف التي لا تتناسب	0.75	0.01
١١	يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.	0.81	0.01
١٢	يحدث ضوضاء داخل الصف.	0.85	0.01
١٣	لا يستمر فترة طويلة بمفرده مع طفل من نفس عمره.	0.64	0.01
١٤	يتدخل في أنشطة زملائه ويضايقهم.	0.76	0.01
١٥	غالباً ما يقاطع ويتطفل على الآخرين.	0.81	0.01
١٦	يتحدث بصوت مرتفع فجأة دون مراعاة النظام	0.79	0.01
١٧	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع زملائه.	0.71	0.01
١٨	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع مدرسيه.	0.65	0.01
١٩	يجد صعوبة في السيطرة على تصرفاته.	0.80	0.01
٢٠	ينقل الأشياء باستمرار من مكان إلى آخر.	0.72	0.01
٢١	يجد صعوبة في بقائه جالساً في مكانه.	0.83	0.01
٢٢	يلعب بفمه وشعره.	0.53	0.01

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.496

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01).

الجدول (10)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس الاندفاعية مع الدرجة الكلية لفقراته صورة المعلم

م	الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١	يكرر الأخطاء التي عوقب عليها من قبل.	0.51	0.01
٢	يتفوه بتعليقات غير لبقة.	0.45	0.05
٣	يندفع في عمل ما دون تفكير.	0.74	0.01
٤	يجد صعوبة في انتظار دوره في اللعب.	0.76	0.01
٥	لا يمكنه الانتظار أو تأجيل رغباته.	0.81	0.01
٦	كثيراً ما يُعطي إجابات قبل طرح أو إكمال السؤال	0.65	0.01
٧	يعرض نفسه للمخاطر دون أن يفكر في النتائج.	0.71	0.01
٨	يعرف القواعد ولكنه يخرقها باستمرار.	0.65	0.01
٩	يجد صعوبة في انتظار دوره في المواقف الاجتماعية.	0.75	0.01
١٠	شديد الاندفاع والتهور في أعماله.	0.79	0.01
١١	يجد صعوبة في رفع اليد والانتظار حتى يسمح له.	0.54	0.01
١٢	يبادر إلى إنجاز أعمال لم يطلب منه إنجازها.	0.47	0.05
١٣	يجد صعوبة في إمساك القلم فترة طويلة.	0.50	0.01
١٤	غالباً ما يقاطع المعلم.	0.56	0.01
١٥	يصعب عليه التحكم في انفعالاته.	0.70	0.01
١٦	يُظهر تدنياً في مفهومه لذاته.	0.52	0.01
١٧	يصعب التنبؤ بسلوكه.	0.53	0.01
١٨	يتكلم دون استئذان.	0.75	0.01
١٩	يطمع في نصيب زملائه.	0.42	0.05
٢٠	يغضب بسرعة.	0.57	0.01

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.496

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.05) = 0.388

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01-0.05)

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للأبعاد قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والأبعاد الأخرى وكذلك كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس والجدول رقم (11) يوضح ذلك:

الجدول(11)

معامل صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد صورة المعلم

البعد	الدرجة الكلية	نقص الانتباه	النشاط الزائد	الاندفاعية
نقص الانتباه	**0.63**	**1**		
النشاط الزائد	**0.81**	**0.18**	**1**	
الاندفاعية	**0.74**	**0.03**	**0.77**	**1**

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.388

الجدول (11) يوضح قيم الترابط بين كل بعد من الأبعاد مع الدرجة الكلية عند مستوى (0.01)

أمَّا عن انخفاض مستوى الترابط بين النشاط الزائد-الاندفاعية ونقص الانتباه نجد تفسيره لدى الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية، Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV.1994)؛ حيث أكدت مراجعة ما ورد في الدليل الثالث عام (١٩٨٧) بشأن نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث تبين أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط، ولكن مستوى هذا النشاط المفرط يختلف من طفل لأخر؛ فقد تكون أعراض نقص الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي لدى بعضهم، وعلى النقيض من ذلك قد تكون أعراض فرط النشاط أشد من أعراض نقص الانتباه لدى البعض الأخر، وقد تتساوى شدة الأعراض لكل من نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال آخرين (قزاقزة ٢٠٠٥: ٢).

<u>ثبات مقياس صورة المعلم:</u> يعرف الثبات أن المقياس موثوق به ويعتمد عليه أو أن درجة الفرد لا تتغير جوهرياً بتكرار إجراء القياس أو اتساق نتائج المقياس مع نفسها أو الاستقرار بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من الاستقرار (كوافحة ٢٠٠٣: ٨٣).

أجرى الباحث خطوات التأكيد من ثبات المقياس وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين هما التجزئة النصفية ومعامل كرونباخ ألفا.

أ – طريقة التجزئة النصفية Split –Half Coefficient:

تم حساب درجات العينة الاستطلاعية (وعددها٢٦تلميذ وتلميذة) لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك درجة النصف الثاني من

الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم أجري تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان – براون Spearman-Brown Coefficient والجدول (12) يوضح ذلك:

الجدول (12)

معاملات الثبات لمقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بطريقة التجزئة النصفية صورة المعلم.

البعد	عدد الفقرات	الارتباط قبل التعديل	معامل الثبات بعد التعديل
نقص الانتباه	**36**	**0.70**	**0.82**
النشاط الزائد	**22**	**0.90**	**0.94**
الاندفاعية	**20**	**0.91**	**0.95**
الدرجة الكلية	**78**	**0.73**	**0.84**

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (0.84) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

ب-طريقة ألفا كرونباخ Cronbach Alpha:

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات وهي طريقة ألفا كرونباخ، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا لكل بعد من الأبعاد وكذلك للمقياس ككل والجدول (13) يوضح ذلك:

الجدول (13)

معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد صورة المعلم

البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
نقص الانتباه	**36**	**0.81**
النشاط الزائد	**22**	**0.87**
الاندفاعية	**20**	**0.84**
الدرجة الكلية	**78**	**0.86**

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (0.86) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يطمئن الباحث إلى تطبيقه على عينة الدراسة.

ب-صدق الاتساق الداخلي لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد (صورة الوالدين)

الجدول (14)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس نقص الانتباه مع الدرجة الكلية لفقراته صورة الوالدين.

م	الفقرات	معامل لارتباط	الدلالـــة الإحصائية
١	لا يركز. سهل التشتت.	0.58	0.01
٢	مدى انتباهه قصير.	0.57	0.01
٣	يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.	0.47	0.05
٤	يجد صعوبة في الانتباه إلى تفاصيل الأشياء.	0.44	0.05
٥	يصعب عليه تعرف كلمة معينة في جملة ما.	0.59	0.01
٦	يجد صعوبة في البقاء منتبهاً للأعمال التي يؤديها.	0.70	0.01
٧	يصعب عليه تركيز انتباهه في أثناء حل التدريبات.	0.45	0.05
٨	يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة الموكلة إليه.	0.64	0.01
٩	ينصرف عن الأعمال التي تتطلب الاستمرار في التركيز.	0.66	0.01
١٠	كثيراً ما ينشغل بذاته داخل المنزل.	0.54	0.01
١١	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة.	0.66	0.01
١٢	يجد صعوبة في الإنصات لمحدثه.	0.55	0.01
١٣	يطلب منه بشكل متكرر تركيز انتباهه على الأعمال التي يؤديها.	0.55	0.01
١٤	يتشتت انتباهه بسهولة نتيجة لمنبهات خارجية.	0.54	0.01
١٥	يكرر رسم النقط أو الخطوط دون فائدة من هذا التكرار.	0.48	0.05
١٦	يكرر كتابة الحروف أو الأرقام دون فائدة من هذا التكرار.	0.53	0.01
١٧	يصعب عليه الانتقال من مهمة تعليمية إلى أخرى.	0.64	0.01
١٨	يفقد أدواته اللازمة لأداء مهامه المدرسية (أقلام. دفاتر. كتب ....)	0.48	0.05
١٩	يصعب عليه تركيز انتباهه عند توجيه الأسئلة إليه قبل والديه.	0.44	0.05
٢٠	يقع في أخطاء كثيرة عند القراءة الجهرية.	0.42	0.05
٢١	يقع في أخطاء كثيرة عند الكتابة على دفتر الواجبات المدرسية.	0.51	0.01
٢٢	يقع في أخطاء كثيرة عند تدريبه على الكتابة الإملائية.	0.43	0.05
٢٣	يصعب عليه الاستماع باهتمام لتعليمات وتوجيهات الوالدين.	0.44	0.05
٢٤	يتعرض لحوادث كثيرة نتيجة عدم انتباهه.	0.46	0.05
٢٥	قدرته على ربط المعلومات ضعيفة.	0.41	0.05
٢٦	يضع الأشياء في غير موقعها أو مكانها الصحيح.	0.46	0.05
٢٧	يميل إلى الضجر بسهولة (لا ينسجم دائماً).	0.62	0.01
٢٨	نادراً ما يشارك في المناقشة مع أفراد أسرته.	0.63	0.01
٢٩	يحتاج إلى متابعة مستمرة وتذكير بالأنشطة والأعمال.	0.63	0.01

٣٠	دائم النسيان للأنشطة اليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر.	0.71	0.01
٣١	يواجه صعوبة في ربط الأحداث بشكل متسلسل.	0.61	0.01
٣٢	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه التشابه بين الأشياء.	0.54	0.01
٣٣	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه الاختلاف بين الأشياء.	0.62	0.01
٣٤	يحتاج إلى وقت طويل للإجابة على الأسئلة المطروحة عليه.	0.71	0.01
٣٥	يصعب عليه الانتباه لأكثر من خمس دقائق.	0.59	0.01
٣٦	يصعب عليه الانتباه للمفاهيم الجديدة.	0.72	0.01

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.496

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.05) = 0.388

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01-0.05).

الجدول (15)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس النشاط الزائد مع الدرجة الكلية لفقراته صورة الوالدين

م	الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١	كثير الحركة داخل البيت وخارجه.	0.63	0.01
٢	يتلفت كثيراً وهو جالس في مكانه.	0.61	0.01
٣	يحرك يديه وقدميه دون هدف.	0.64	0.01
٤	يخرج من غرفته عدة مرات دون مبرر.	0.68	0.01
٥	يزعج أفراد أسرته داخل البيت.	0.70	0.01
٦	غالباً ما يتلف الأدوات التي يستخدمها.	0.68	0.01
٧	غير مرتب إنه فوضوي.	0.65	0.01
٨	كثير التململ والحركة / لا يستطيع الاسترخاء.	0.74	0.01
٩	كثيراً ما يتحدث بشكل مفرط (ثرثار).	0.69	0.01
١٠	يتسلق ويركض بشكل مفرط في المواقف التي لا تتناسب وهذا السلوك.	0.74	0.01
١١	يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.	0.80	0.01
١٢	يحدث ضوضاء داخل البيت.	0.81	0.01

١٣	لا يستمر فترة طويلة بمفرده مع طفل من نفس عمره.	0.60	0.01
١٤	يتدخل في أنشطة زملائه ويضايقهم.	0.72	0.01
١٥	غالباً ما يقاطع ويتطفل على الآخرين.	0.80	0.01
١٦	يتحدث بصوت مرتفع فجأة دون مراعاة النظام.	0.72	0.01
١٧	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع زملائه.	0.72	0.01
١٨	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع مدرسيه.	0.66	0.01
١٩	يجد صعوبة في السيطرة على تصرفاته.	0.77	0.01
٢٠	ينقل الأشياء باستمرار من مكان إلى آخر.	0.74	0.01
٢١	يجد صعوبة في بقائه جالساً في مكانه.	0.78	0.01
٢٢	يلعب بفمه وشعره.	0.55	0.01

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.496

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

الجدول (16)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس الاندفاعية مع الدرجة الكلية صورة الوالدين

م	الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١	يكرر الأخطاء التي عوقب عليها من قبل.	0.53	0.01
٢	يتفوه بتعليقات غير لبقة.	0.43	0.05
٣	يندفع في عمل ما دون تفكير.	0.80	0.01
٤	يجد صعوبة في انتظار دوره في اللعب.	0.75	0.01
٥	لا يمكنه الانتظار أو تأجيل رغباته.	0.72	0.01
٦	كثيراً ما يعطي إجابات قبل طرح أو إكمال السؤال.	0.62	0.01
٧	يعرض نفسه للمخاطر دون أن يفكر في النتائج.	0.66	0.01
٨	يعرف القواعد ولكنه يخرقها باستمرار.	0.68	0.01
٩	يجد صعوبة في انتظار دوره في المواقف الاجتماعية.	0.72	0.01
١٠	شديد الاندفاع والتهور في أعماله.	0.68	0.01
١١	يشعر بالضيق في حال عدم تلبية احتياجاته.	0.59	0.01

١٢	يبادر إلى إنجاز أعمال لم يطلب منه إنجازها.	0.43	0.05
١٣	يجد صعوبة في إمساك القلم فترة طويلة.	0.50	0.01
١٤	غالباً ما يقاطع الآخرين أثناء الحديث.	0.57	0.01
١٥	يصعب عليه التحكم في انفعالاته.	0.55	0.01
١٦	يُظهر تدنياً في مفهومه لذاته.	0.50	0.01
١٧	يصعب التنبؤ بسلوكه.	0.53	0.01
١٨	يتكلم دون استئذان.	0.68	0.01
١٩	يطمع في نصيب أخوته.	0.62	0.01
٢٠	يغضب بسرعة.	0.57	0.01

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.496

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.05) = 0.388

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01).

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للأبعاد قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والأبعاد الأخرى كذلك تم حساب كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس والجدول رقم (17) يوضِّح ذلك:

الجدول (17)

معاملات الصدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد صورة الوالدين

البعد	الدرجة الكلية	نقص الانتباه	النشاط الزائد	الاندفاعية
نقص الانتباه	**0.68**	**1**		
النشاط الزائد	**0.82**	**0.21**	**1**	
الاندفاعية	**0.78**	**0.08**	**0.70**	**1**

ر: الجدولية عند درجة حرية (24) وعند مستوى (0.01) = 0.388

الجدول (17) يوضح قيم الترابط بين كل بعد من الأبعاد مع الدرجة الكلية عند مستوى (0.01) أمَّا عن انخفاض مستوى الترابط بين النشاط الزائد-الاندفاعية ونقص الانتباه نجد تفسيره في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية، Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV.1994)؛ حيث أكدت مراجعة ما ورد في الدليل الثالث عام (١٩٨٧) بشأن نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث تبيَّن أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط، ولكن مستوى هذا النشاط المفرط يختلف من طفل لأخر؛ فقد تكون أعراض نقص الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي لدى بعضهم، وعلى النقيض من ذلك قد تكون أعراض

فرط النشاط أشد من أعراض نقص الانتباه لدى البعض الأخر، وقد تتساوى شدة الأعراض لكل من نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال آخرين (قزاقزة ٢٠٠٥: ٢).

<u>ثبات مقياس صورة الوالدين :</u>

أجرى الباحث خطوات التأكيد من ثبات المقياس وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين هما التجزئة النصفية ومعامل كرونباخ ألفا.

أ – طريقة التجزئة النصفية Split –Half Coefficient:

تم حساب درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم أجري تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان – براون Spearman-Brown Coefficient والجدول رقم (18) يوضح ذلك:

الجدول (18)

معاملات الثبات لمقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بطريقة التجزئة النصفية (صورة الوالدين)

البعد	عدد الفقرات	الارتباط قبل التعديل	معامل الثبات بعد التعديل
نقص الانتباه	**36**	**0.77**	**0.87**
النشاط الزائد	**22**	**0.83**	**0.90**
الاندفاعية	**20**	**0.85**	**0.93**
الدرجة الكلية	**78**	**0.81**	**0.89**

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (0.89) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

ب-طريقة ألفا كرونباخ Cronbach Alpha:

استخدم الباحث طريقة من طرق حساب الثبات وهي طريقة ألفا كرونباخ، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا لكل بعد من الأبعاد وكذلك للمقياس ككل والجدول رقم (19) يوضح ذلك:

الجدول (19)

معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد (صورة الوالدين

البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
نقص الانتباه	**36**	**0.78**
النشاط الزائد	**22**	**0.87**
الاندفاعية	**20**	**0.84**
الدرجة الكلية	**78**	**0.86**

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (0.86) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

٣-اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن تعريب وتقنين (رحمة2004): -

أ- وصف الاختبار:

يُعد اختبار المصفوفات المتتابعة "لرافن" من الاختبارات البسيطة التي تهدف إلى قياس القدرة العقلية العامة بين سن ست سنوات وحتى الثامنة عشرة، ويتكون الاختبار من خمس مجموعات (أ، ب، ج، د، هـ) حيث تحتوي كل مجموعة على (١٢) مشكلة (فقرة)، وبذلك يتكون الاختبار في جملته من (٦٠) مشكلة، مُرتَّبة في سياق متدرج الصعوبة، بحيث نجد المشكلة الأولى من كل مجموعة واضحة بذاتها إلى حدٍ كبير ثم تتزايد الصعوبة داخل كل مجموعة تدريجياً، ومع ذلك فالمشكلات جميعها داخل كل مجموعة تتشابه في المبدأ المتضمن فيها.

وتتكون كل مشكلة من مربع به ستة أو تسعة مربعات تشكل مصفوفة نظام (2*2) أو مصفوفة نظام (3*3)، في كل منها يكون المربع الأيمن السفلي ناقصاً؛ أي أن الشكل الأساسي للمصفوفة قد نُزع منه جزء معين وعلى المفحوص اختيار هذا الجزء الناقص من البدائل الستة أو الثمانية الموجودة في أسفل المربع، وتتطلب كل مجموعة من المجموعات الخمس نمطاً مختلفاً من الإجابة:

المجموعة (أ) تتطلب تكملة نمط أو مساحة ناقصة.

المجموعة (ب) تتطلب تكملة نوع من قياس التماثل بين الأشكال.

المجموعة (ج) تتطلب التغيير المنتظم في أنماط الأشكال.

المجموعة (د) تتطلب إعادة ترتيب الشكل أو تبديله أو تغييره بطريقة منتظمة.

المجموعة (ه) تتطلب تحليل الأشكال إلى أجزاء على نحو منظم وإدراك العلاقات بينها.

وهكذا يتم ترتيب المجموعات الخمس بطريقة متتابعة، وفي رأي رافن أن هذا التتابع يتم حسب تعقد العمليات العقلية المعرفية، فبينما تتطلب المجموعات الأولى -الأكثر سهولة – دقة في المقارنة والتمييز والتماثل، تتطلب المجموعات الأخيرة – الأكثر صعوبة -القدرة على إدراك العلاقات المنطقية وتحليل المتغيرات في المشكلة لاكتشاف القواعد التي تؤدي إلى الحل الصحيح.

وعلى الرغم من اختلاف المشكلات التي يتكون منها اختبار المصفوفات المتتابعة العادية من حيث الشكل ودرجة التعقيد إلَّا أنها بصفة عامة تشترك في معظم الخصائص والخطوات التي يتعين على الفرد اكتشافها والقيام بها للوصول إلى الحل. إنَّ المشكلات التي تصاغ في محتوى سلاسل من الأشكال تتطلب من المفحوص أن يقوم بإدراك وتفسير العلاقات التي تحكم سير الأشكال لاستكمال العنصر الناقص بالمنطق ذاته.

ب-تصحيح الاختبار: -

أُعتمِدت طريقة التصحيح اليدوي على مفتاح التصحيح المرافق لنسخة الاختبار، حيث تُعطى الدرجة (1) للإجابة الصحيحة والدرجة (0) للإجابة الخاطئة، أمَّا الدرجة الكلية فهي مجموع درجات الإجابات

الصحيحة في المجموعات الخمس، إذ تُحسب درجة كل مجموعة على حدة، ثم تُجمع مع بقية درجات المجموعات، ومن ثم تُستخرج الدرجات الخام (رحمة: ٢٠٠٤).

ج-صدق وثبات اختبار رافن: -

إنَّ من أهم ما يميز اختبار المصفوفات المتتابعة هو أنه اختبار غير لفظي، أي متحرر من أثر الثقافة، مما ساعد على عدم إجراء أي تعديلات على بنوده سواء في المحتوى أم في الترتيب.

أمَّا فيما يخص معامل صدق الاختبار وثباته فقد أُجريت من قبل (رحمة) عام (٢٠٠٤) حيث قامت بسحب عينة مؤلفة من (٣٤٨٩) فرداً من أعمار (٧-١٨) سنة من المدارس الابتدائية والثانوية بمحافظة دمشق، واختبرت صدق وثبات الاختبار بعدة طرائق، أكدت جميع نتائجها بأن هذا الاختبار يتصف بصدق وثبات كافيين كونه اختباراً صالحاً للاستخدام في قياس الذكاء في البيئة السورية (رحمة: ٢٠٠٤:١٥٣).

لقد قام الباحث بحساب معامل الثبات للاختبار وفق طريقة:

1- التجزئة النصفية.

2-الاتساق الداخلي.

تم تطبيق الاختبار على عينة قدرها (26) تلميذاً وتلميذة، من تلاميذ الصف الثالث والرابع في مدارس مدينة الصنمين، وقد بلغ معامل الارتباط في طريقة التجزئة النصفية (0.78)، وبلغ في ألفا كرونباخ (0.81) وهو معامل دال ومقبول والجدول رقم (20) يوضح ذلك:

الجدول (20)

معاملات الثبات لاختبار رافن

المستوى العقلي العام	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ
الثاني	0.64	0.66
الثالث	0.72	0.63
الرابع	0.65	0.78
الخامس	0.74	0.76
الدرجة الكلية	0.78	0.81

د-طريقة تطبيق الاختبار:

قام الباحث بتطبيق الاختبار على عينة البحث الأساسية وبشكل فردي وفيما يلي عرض لطريقة تطبيق الاختبار على التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد:

١٠ إثارة جو من الألفة والمودة مع المفحوصين.

٢٠ يقدم للمفحوص ورقة الإجابة ويطلب منه تدوين اسمه وصفه، وتاريخ الولادة، والعمر، وتاريخ اليوم.

٣٠ ويطلب منه تدوين إجاباته على ورقة الإجابة.

٤٠ يقدم الباحث كراسة الاختبار ويطلب من التلميذ ألا يفتح الكراسة.

٠٥ يعرض الباحث ورقة الإجابة ويشير إلى العمود الأول، ثم يقول للمفحوص سترى تحت عنوان المجموعة (أ) هناك عمود من الأرقام ١-٢-٣-٤-٥-٦ حتى ١٢ هنا ضع الإجابة.

٠٦ الآن انظر ثانية إلى كراسة اختبارك وأمعن النظر في المسألة الأولى وفكر إن القطعة محتاجة لإكمال النموذج بصورة صحيحة عليك إيجاد القطعة المناسبة من بين القطع المعروضة أسفل، واحدة فقط من القطع المرسومة أسفل صحيحة تماماً، ثم قل الرقم ٢ ليس صحيحاً، كذلك ٣-٤ أمّا الرقم ٦ فهو ليس صحيحاً وإن كان قريباً من الصحة، والإجابة الصحيحة هو الرقم ٤-عليك وضع رقم ٤ أمام الرمز أ١ في العمود أ.

٠٧ الآن: من فضلك اقلب الصفحة، وأجب عن المسألة الثانية بنفسك، وهكذا.

٠٨ تشجيع المفحوص على تركيز الانتباه وحثه على متابعة الإجابة على الاختبار.

4-البرنامج التدريبي السلوكي:

قام الباحث بإعداد برنامج تدريبي سلوكي مُوجّه لعينة من التلاميذ ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد الذين ما زالوا على مقاعد الدراسة بهدف خفض شدّة الاضطراب لديهم، ويحتوي البرنامج مجموعة من الإجراءات والنشاطات المنظمة المستندة على معطيات تعديل السلوك وتطبيقاته في علاج اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد وفقاً لخطوات إجرائية منظمة، وذلك بعد الرجوع والاطلاع على أساسيات تعديل السلوك وتطبيقاته واستراتيجياته والدراسات المختلفة: (القرعان ٢٠٠٦، الملكاوي ٢٠٠٣، مسعود ٢٠٠٢. الزغلوان ٢٠٠١ وغيرها ....). الملحق (٧)

أهمية استخدام البرنامج:

تنطلق أهمية هذا البرنامج من النقاط الآتية:

١. يؤكد المختصون في مجال استخدام التعديل السلوك، على أهمية استخدام هذه الأساليب كعلاج فعّال في تعديل اضطرابات الأطفال السلوكية عموماً، واضطرابات الانتباه خصوصاً.
٢. الاهتمام الكبير الذي أولته العديد من الدراسات والبحوث لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كونه من أكثر الاضطرابات انتشاراً بين أطفال المرحلة الابتدائية.
٣. حاجة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد إلى هذا النوع من البرامج العلاجية، للتخفيف من شدة أعراض هذا الاضطراب سواء أكانت بالمشاركة مع العلاج الدوائي أو منفردة.
٤. حاجة ذوي هؤلاء الأطفال إلى تقديم يد العون والمساعدة من خلال توجيههم للأساليب الصحيحة للتعامل مع أطفالهم ذوي ADHD، ومدى انعكاس ذلك على البيئة الأسرية.

أهداف البرنامج:

يقف البرنامج الحالي عند حدود الأهداف الآتية:

أ-الهدف العام: خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى تلاميذ المجموعة التجريبية وتدريبهم على تعديل سلوكهم باستخدام بعض فنيات تعديل السلوك.

ب -الأهداف الخاصة:

١. تدريب التلاميذ عينة البحث على تحسين مستوى الانتباه وذلك: بإطالة فترة الانتباه والتركيز على المهمة التعليمية.
٢. تدريب التلاميذ عينة البحث على خفض مستوى الحركة المفرطة: من خلال الجلوس لأطول فترة ممكنة والتركيز على المهمة التعليمية.
٣. تدريب التلاميذ على ضبط السلوك الاندفاعي: من خلال تأخير الاستجابة.
٤. تفعيل مشاركة أولياء الأمور في تحسين أداء أبنائهم على تنفيذ البرنامج.
٥. تفعيل مشاركة المعلمين في تحسين أداء التلاميذ على تنفيذ البرنامج.
٦. العمل على تحسين دافعية التعلم لدى التلاميذ المجموعة التجريبية من خلال إتاحة الفرصة لهم للنجاح داخل صفوفهم الدراسية وذلك بعد تدريبهم على بعض تقنيات ضبط السلوك، ومن خلال ما يفره البرنامج من أنشطة ومهارات.

القواعد التطبيقية للبرنامج:

- <u>التدريب والممارسة:</u> هما من أساسيات تعلم أي مهارة جديدة؛ لذلك تضمَّن البرنامج الحالي تدريبات في أثناء الجلسة وواجبات بيتية لكل جلسة ومن الضروري لإتقان المهارة المطلوبة القيام بالتدريبات المنزلية على بعض الفنيات قبل الجلسة، وكلّما كانت المتابعة مستمرة للتدريب كانت الفائدة من البرنامج أكبر، حيث إنَّ كل خطوة مبنية على الخطوة التي قبلها.
- <u>المشاركة الفاعلة</u> من جميع حالات المجموعة المشاركة، حيث إنَّ تعلُّم المهارات الجديدة والقيام ببعض التطبيقات العملية في أثناء الجلسات هي ضرورة مُلِّحة للقيام بها، ووظيفة الباحث (المعالج) هي تقديم التعليمات بطريقة مفهومة وواضحة وتقديم المساعدة التي تُمكِّن التلاميذ من التعلُّم وتنفيذ المطلوب منهم.
- <u>حضور المشاركين إلى البرنامج في الزمن المحدد.</u>
- <u>احترام وقت البرنامج والالتزام بالهدف المرجو من كل جلسة علاجية.</u>
- <u>الاحتفاظ بأوراق التدريب حتى يمكن الرجوع إليها والإفادة منها بهدف التغذية الراجعة.</u>
- <u>تعاون الأم في تنفيذ البرنامج: إن</u> للأم دوراً هاماً وأساسياً في المساهمة في تعديل سلوكات ابنها خاصة إذا توافر لها التوجيه والإرشاد المناسبين، وفي هذا البرنامج تمّ الاستعانة بأم الطفل لتثبيت الأنماط السلوكية التي بصدد تدريب التلميذ عليها، والتي تُقلل من شدّة فرط النشاط وتزيد من فترة انتباهه، وقد تَحدد دور الأم في هذا البرنامج كما يلي:
  - حضور الأمهات لجلسات تطبيق البرنامج والاستماع لاستفساراتهن وذلك من خلال تخصيص (١٥) دقيقة للأم في نهاية كل جلسة.
  - مساعدة الأمهات لأبنائهن في تنفيذ المهمات والواجبات البيتية التي يتضمنها البرنامج.

- تعريف الأمهات بالإرشادات الخاصة للتعامل مع حالات اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد في جلسة إضافية.

وتجدر الإشارة إلى أن الباحث قام قبل البدء بالبرنامج بتوضيح طبيعة الاضطراب: أسبابه والعوامل المؤثرة فيه وطرق العلاج المستخدمة، كما قام الباحث بتوضيح طبيعة البرنامج والهدف منه، ومراحله وزمن تطبيقه لأمهات الأطفال المشاركين.

مبررات مشاركة أولياء الأمور في البرنامج التدريبي كداعمين:

يفيد ولش واودم (Welsh & Odum, 1981) بوجود إجماع بين الاختصاصيين العاملين في حقل العناية بالطفل على أن مشاركة الآباء في البرامج التربوية لأطفالهم ضرورية إذا كان يُراد للإنجازات النمائية أن تتحقق ويتم الحفاظ عليها.

ويقدم ولش واودم المبررات التالية لمشاركة الآباء في البرامج المقدمة لأطفالهم:

١- إن فوائد مشاركة الآباء لا تقتصر على الطفل المستهدف فقط ولكنها تمتد إلى الأطفال الآخرين في البيت.

٢- أن الأسرة تلعب دوراً بالغ الحيوية في التأثير على نمو الطفل وبخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

٣- الآباء هم منتفعون من الخدمات، وإذا ما كانوا راضين فهم يشكلون المدافع الأفضل عن برنامج طفلهم.

٤- إن للآباء حقاً في المشاركة وضمان التوافق بين تربية أطفالهم وقيمهم وأهدافهم الشخصية.

هذا وتتمثل فوائد مشاركة أولياء الأمور في البرامج التدريبية بالنسبة للطفل بـ:

١-إن للتعاون تأثيراً إيجابياً على التحصيل الأكاديمي للطفل.

٢-عندما تغّير البرامج التدريبية سلوك أولياء الأمور واتجاهاتهم نحو أطفالهم، فإن سلوك أطفالهم يتغير أيضاً.

٣-إن المشاركة النشطة لأولياء الأمور في برامج أطفالهم تعمل على تحسين صورة الطفل عن نفسه مما يقود بالتالي إلى مشاعر الأمن في كل من البيت والمدرسة.

٤-إن استخدام الباحث (المعالج) وأولياء الأمور أساليب متشابهة يزيد من احتمالات تعميم الطفل للمهارات التي يتعلمها في جلسات البرنامج إلى أوضاع أخرى.

٥-إن الباحث (المعالج) وأولياء الأمور الذين يعملون معاً من أجل تحقيق أهداف محددة يهيئون فرصاً أفضل لتعلم المهارات المستهدفة.

٦-إن تواصل أولياء الأمور مع الباحث (المعالج) يزيد من وعي الطفل لواجباته ومسؤولياته في البيت، والمدرسة، والمجتمع.

أما عن فوائد التي يجنيها أولياء الأمور من مشاركتهم في البرامج التدريبية فتتمثل بـ:

١- تساعد مشاركة أولياء الأمور في برامج أطفالهم على تحمل واجباتهم الاجتماعية والأخلاقية فيما يتعلق بأطفالهم المعوقين.

٢- تزيد البرامج التدريبية من كفاءة أولياء الأمور كمعلمين لأطفالهم في البيت.

٣- إن مشاركة أولياء الأمور وتعلمهم يحدان من المشكلات الشخصية والأسرية المتعلقة بالصعوبات التي يعاني منها الطفل المعوق.

٤- إن تفاعل أولياء الأمور مع غيرهم من الآباء والأمهات الذين يواجهون مشكلات مماثلة لمشكلاتهن يوفر لهم دعماً اجتماعياً وعاطفياً مهماً.

٥- تساعد مشاركة أولياء الأمور على فهم المسؤوليات التي يتحملها المهنيون الذين يعملون مع أطفالهم (الخطيب ٢٠٠١: ٢٣٨-٢٤٥).

الأسس النظرية:

يقوم البرنامج التدريبي المقترح على ما أرسته نظريات التعلم من مبادئ، وقواعد موجهة ومفسرة للسلوك الإنساني حيث توضِّح دور الخبرات التي يمر بها الفرد في تعديل سلوكه، كما أن تفاعله مع المواقف المختلفة ومروره بخبرات مقصودة يساعد على نموه بشكل أفضل.

كما اعتمد البرنامج المقترح على عدد من الفنيات أو الطرائق السلوكية والسلوكية المعرفية: الحث، تشكيل السلوك، النمذجة، والتعزيز والواجبات المنزلية والتنظيم الذاتي، حيث أوضحت نتائج العديد من الدراسات فاعلية هذه الفنيات في تخفيف حدَّة أعراض اضطراب ADHD.

كما تم بناء البرنامج استناداً على إطلاع الباحث على مجموعة من الدراسات العلمية الحديثة والمبكرة والأدب النظري المتوفر المتعلق بالموضوع، والتي من أهمها:

١- أعمال عالمي النفس الروسيين لوريا وفيجوتسكي والافتراض الذي قدَّماه حول أهمية التحكم اللفظي في السلوك خلال مراحل النمو العادية للأطفال.

٢-الأدب النظري المتعلق بموضوع البحث.

٣-أعمال ميشينبام (Meichenbaum 1977) في التعلم الذاتي.

١- أعمال أورجاليس فيلر (Orjales Viller,Isabelle 2007).

٢- النظر في الدراسات والأبحاث التي استخدمت أساليب تعديل السلوك في معالجة وخفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد منها:

- دراسة ميشينبام وجودمان Meichenbaum And Goodman 1971 التي استخدمت إجراءات التعلم الذاتي في علاج الأطفال مفرطي النشاط والاندفاعية (Impulsive).
- دراسة الدراس (٢٠٠٧) التي تناولت فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم.
- دراسة ميراندا وآخرون Miranda et al,2002 والذين استخدموا برنامجاً متعدداً في معالجة أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- دراسة ميراندا وبرزنتاشيون Miranda & Presentacion.2000 في التعليم الذاتي من خلال أسلوب حل المشكلات وأساليب سلوكية لمعالجة أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للأطفال الذين يعانون والذين لا يعانون من سلوك عدواني.

الفنيات المستخدمة في البرنامج التدريبي:

١- الحث: يتمثل الحث بالطلب من التلميذ تنفيذ السلوك المستهدف بشكل لفظي أو جسدي بلطف.

٢-التشكيل Shaping: حسب التقاليد السلوكية لابد وأن يصدر السلوك أولاً ثم يدعم حتى يمكن إتاحة الفرصة لاكتسابه، ولكن في بعض الحالات يكون إصدار السلوك أمراً صعباً على التلميذ أو المسترشد، وفي هذه الحال يظهر أسلوب التشكيل ليكون فنية مناسبة في هذا الموقف، فالتشكيل هو الإجراء الذي يتضمن التدعيم الإيجابي للسلوك الذي يقترب من السلوك النموذجي أو السلوك النهائي، ويجد السلوك من التدعيم كلما اقترب خطوة من السلوك المطلوب تعلمه حتى يتم تعلم السلوك بالكامل، وبذلك تكون عملية تشكيل السلوك على هذا النحو عملية تقارب متعاقب الأمثلة Successive Approximation (كفافي، ١٩٩٩: ٢٨٥).

٣-النمذجة: تُعد النمذجة Modeling إحدى الفنيات الهامة التي تُستخدم في تعديل السلوك وتستند إلى افتراض مؤداه أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتتوقف فاعلية هذه الفنية كأسلوب علاجي على شروط من أهمها وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي السلوك المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن أداء السلوك، على أن يكون ذلك مصحوباً بتعليمات لفظية تشرح ما يتم أو تصف المشاعر المصاحبة (إبراهيم والدخيل وإبراهيم ١٩٩٣: ١٠٩-١١٢).

ولنجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك، يجب توافر عدة شروط منها:

١. جذب انتباه الطفل قبل عرض النموذج وأثناء عرضه خطوة بخطوة، وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من قصر فترة الانتباه أو لا يستطيعون الانتباه يُستخدم معهم "الحث" البدني أو اللفظي مع التوجيهات بين الحين والآخر كلّما لزم الأمر.
٢. يجب أن يبدأ عرض النموذج بالخطوات السهلة البسيطة.
٣. أن تكون سلسلة الاستجابات في النموذج المعروض على الأطفال قصيرة وغير معقدة.
٤. أن يبدأ عرض النموذج بإثارة الدافع عند الطفل للاهتمام أو الملاحظة، وأن يستمر جذب انتباهه خلال العرض.
٥. أن يقلل المعالج من صيغة الأمر والنصح بقدر الإمكان.
٦. أن يتم عرض النموذج المطلوب من خلال مواقف حقيقية تدخل في دائرة اهتمام الطفل ومن حياته الواقعية اليومية سواء في المدرسة أو المنزل، وهذا يدعو إلى اهتمام الطفل بالمتابعة والملاحظة والاقتداء بها وتكرارها في نفس المواقف عندما يواجه مثلها في الواقع، وأسلوب التعلُّم بالنموذج يصلح استخدامه بطريقة فردية أو بطريقة جماعية (علا عبد الباقي إبراهيم ١٩٩٩: ٦٤-٦٥).

٤-التعلم الذاتي:

إحدى استراتيجيات تعديل السلوك المعرفي التي تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

- دراسة كيندل وبرازويل Kendall & Braswell.1982 في استخدام العلاج السلوكي المعرفي في الضبط الذاتي للأطفال ذوي السلوك الاندفاعي واضطراب النشاط الحركي والعدواني، وذلك من خلال أسلوب التعليم الذاتي وتوظيف خطوات حل المشكلة.
- دراسات أخرى استخدمت أساليب تعديل السلوك لمعالجة أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

خطوات البرنامج التدريبي:

تم إعداد البرنامج التدريبي بشكل إجرائي بحيث يمكن تطبيقه من قبل أي من المعلمين أو المرشد النفسي كما يمكن تطبيقه من قبل أحد الوالدين، ويشتمل البرنامج على 24 جلسة تدريبية، كانت كل جلسة تبدأ بمقدمة عامة، ثم تحديد موضوع الجلسة، ويلي ذلك تدريب التلاميذ على مجموعة من المهارات والفنيات التي يتوقع أن تلعب دوراً في تحقيق الهدف النهائي للبرنامج، وبعد الانتهاء من البرنامج التدريبي تم تطبيق مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وذلك لقياس مدى التحسُّن الذي طرأ على أداء التلاميذ بعد الانتهاء من البرنامج التدريبي، كما قام الباحث بمتابعة التلاميذ لمدة شهر حيث قام بتطبيق مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لبيان أثر استمرارية أو فاعلية البرنامج التدريبي، وللتأكد من أن البرنامج قد حقق الهدف المرجو منه.

عدد الجلسات:

استغرق تنفيذ البرنامج التدريبي (8) أسابيع بواقع (3) جلسات أسبوعياً، أي أن البرنامج التدريبي استغرق تطبيقه فترة زمنية قدرها شهرين.

زمن الجلسة:

خصص لتنفيذ جلسات البرنامج زمن وقدره(50) دقيقة، خصص منها (35) للتلاميذ و(15) دقيقة للأمهات في نهاية كل جلسة.

الفئة المستهدفة:

قُدم هذا البرنامج لتلاميذ المجموعة التجريبية، الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، المتواجدين في الصفين الثالث والرابع مرحلة التعليم الأساسي الحلقة الأولى.

التقييم المرحلي:

أن يحقق التلميذ في كل جلسة تدريبية نسبة إتقان للمهمة التعليمية تقدر بـ ١٠٠% مستخدماً استراتيجية التعلم الذاتي.

التقييم النهائي للبرنامج:

تقييم بعدي وتقييم مؤجل (تتبعي): تم تطبيق مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه(المعلم/الوالدين) بعد مرور شهر من التقييم البعدي على المجموعة التجريبية لمعرفة فعالية البرنامج التدريبي السلوكي في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

خصوصية الاستراتيجية:

- التعلم بالنمذجة.
- توجيه الانتباه والتركيز.
- التساؤل الذاتي.
- تحديد المشكلة.
- وضع حلول للمشكلة.
- تقليل فكرة الأخطاء، ثم محاولة المعاودة.
- تبني فكرة البطء في العمل والدقة في الأداء.
- التعزيز الذاتي.

٥-التعزيز الايجابي: التعزيز Reinforcement هو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية، الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. (حواشين ٢٠٠٤: ٢٣) ومن العوامل التي تؤثر في فاعلية التعزيز فورية التعزيز، وانتظام التعزيز، وكمية التعزيز (الخطيب ١٩٨٧: ٩٤).

ويعتمد أسلوب التعزيز على مسلمة: أن الاستجابة التي يعقبها أثر طيب وشعور بالارتياح والرضا تميل إلى التكرار؛ حيث يؤدي هذا الأثر وذلك الشعور إلى تقوية هذه الاستجابة وتكرارها، وقد أكدت نتائج الدراسات على فاعلية التعزيز الموجب الفوري في تعديل سلوك الأطفال، والمقصود بالموجب الفوري هو إعطاء مكافأة مادية أو اجتماعية للطفل فور صدور الاستجابة المطلوبة (علا عبد الباقي ١٩٩٩: ٧٦).

٦-الواجبات المنزلية:

تقوم فكرة تعيين الواجب المنزلي Home Work Assignment على أساس تكليف المسترشد بالقيام ببعض الواجبات المنزلية والتي تحدد عقب كل جلسة لمواجهة الأعراض، و ينطوي الواجب على مراجعة المسترشد للجلسة بتصور نفسه يعيدها – فيقوم بتسجيل المعارف السلوكية السلبية في عمود والاستجابات الايجابية المعقولة في عمود مقابل من الصفحة الخاصة بتنفيذ الواجب، ثم يعطي لنفسه درجة (مثلاً درجة من خمسة) عند تنفيذ الواجب، و بالتالي فإن النجاح في أداء الواجبات المنزلية و بشكل متدرج يتيح الفرصة تلو الفرصة لاكتشاف الذات و تطبيقها، وهذا من شأنه أن يساعد في تغيير مفهوم الذات السلبية إلى مفهوم الذات الايجابية، ومن الواضح أن هذه الطريقة يصلح استخدامها مع الأطفال في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة، وهي تصلح أيضاً مع من يقوم بتنفيذ البرنامج الإرشادي مثل الأب والمعلم (السقا ٢٠٠٩: ١٤٣).

٧-المناقشة الجماعية:

تتم المناقشة الجماعية عن طريق إثارة أسئلة متعلقة بالمشكلة، ثم يبدأ المسترشدون في الإجابة عن الأسئلة، ويكون المرشد النفسي محوراً لهذه المناقشات، وتتدرج المناقشات من المشكلات العامة إلى

المشكلات الخاصة بالمسترشدين، والواضح أن هذه الطريقة تصلح مع الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة (المرجع السابق ١٠٤).

صدق البرنامج:

للتأكد من صدق محتوى البرنامج ومدى ملاءمته في تحقيق أهداف البحث تمّ عرضه على عشرة من المحكمين من المتخصصين في مجال التربية الخاصة والإرشاد النفسي والتربوي والصحة النفسية في جامعة دمشق، لتتم قراءة محتويات البرنامج وإبداء الرأي وتقديم الاقتراحات اللازمة، وتمّ الأخذ بتلك الملاحظات، وأُجريت التعديلات التي تناسب محتويات البرنامج مثل:

١ •تحديد فترة تطبيق البرنامج بثمانية أسابيع.

٢ •تحديد الفترة الزمنية الخاصة بكل جلسة علاجية وقدرها(35) دقيقة، والمحافظة على الفترة الزمنية المخصصة للأمهات وقدرها (15) دقيقة، في نهاية كل جلسة.

محتوى البرنامج: تضمن البرنامج (٢٤) جلسة تدريبية موزعة بما يتناسب مع أهداف البرنامج العامة والفرعية، كما استندت محتويات البرنامج خاصة الجلسة السابعة إلى الجلسة الثالثة والعشرين على مهارات مختلفة في اللغة العربية.

الجدول(21)

توزيع جلسات البرنامج

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	مدة الجلسة
الجلسة الأولى	التعارف	◙ تمّهيد وتعارف وتبادل للمعلومات بين الباحث والأم والتلميذ. ◙ التعريف بطبيعة البرنامج وأهدافه وإجراءاته. ◙ توضيح ومناقشة دور كل من الباحث والأم والتلميذ. ◙ الاتفاق على مواعيد الجلسات التدريبية	(٤٠-٥٠) د
الجلسة الثانية	مفهوم ADHD	◙ أن يتعرف أفراد المجموعة التدريبية على مفهوم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واسبابه، وأعراضه، والنتائج السلبية المترتبة عليه خاصة في الجانب الأكاديمي.	(٤٠-٥٠) د
الجلسة الثالثة	تشكيل سلوك جديد	◙ أن يستمر التلميذ في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت واحد تتزايد تدريجياً. ◙ أن ينظر التلميذ إلى الباحث وأن يستجيب له عندما يناديه أو يذكر اسمه. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.	(٥٠) د
تكرار للجلسة (٣)	تشكيل سلوك جديد	◙ أن يستمر التلميذ في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت واحد تتزايد تدريجياً. ◙ أن ينظر التلميذ إلى الباحث وأن يستجيب له عندما يناديه أو يذكر اسمه. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.	(٥٠) د

الجلسة الرابعة	تدريب سلوك الانتباه	◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده. ◙ أن ينظر التلميذ إلى شيء معين عندما يطلب منه ذلك. ◙ أن يقوم بعمل أو نشاط معين لفترة محددة. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.	(٥٠) د
الجلسة الخامسة	زيادة مدة الانتباه	◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده. ◙ أن ينظر التلميذ إلى شيء معين عندما يطلب منه ذلك. ◙ أن يقوم بعمل أو نشاط معين لفترة محددة. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.	(٥٠) د
تكرار للجلسة (٥)	زيادة مدة الانتباه	◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده. ◙ أن ينظر التلميذ إلى شيء معين عندما يطلب منه ذلك. ◙ أن يقوم بعمل أو نشاط معين لفترة محددة. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.	(٥٠) د
الجلسة السادسة	الانتباه للمثيرات البصرية	◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة السابعة	الانتباه للمثيرات البصرية السمعية	◙ مراجعة الواجب المنزلي. ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة الثامنة	الانتباه للمثيرات البصرية السمعية	◙ مراجعة الواجب المنزلي. ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة التاسعة	الانتباه للمثيرات	◙ مراجعة الواجب المنزلي. ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.	(٥٠) د

	البصرية السمعية	◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	
الجلسة العاشرة	الانتباه للمثيرات البصرية السمعية	◙ مراجعة الواجب المنزلي. ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة الحادية عشرة	الانتباه للمثيرات البصرية السمعية	◙ مراجعة الواجب المنزلي. ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم	(٥٠) د
الجلسة الثانية عشرة	الانتباه للمثيرات البصرية السمعية	◙ مراجعة الواجب المنزلي. ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم	(٥٠) د
الجلسة الثالثة عشرة	الانتباه للمثيرات البصرية	◙ مراجعة الواجب المنزلي ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د

الجلسة	الهدف	الإجراءات	الزمن
الجلسة الرابعة عشرة	زيادة مدة الانتباه السمعي	◙ مراجعة الواجب المنزلي ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات السمعية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة الخامسة عشرة	زيادة مدة الانتباه البصرية	◙ مراجعة الواجب المنزلي ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة السادسة عشرة	الانتباه للمثيرات البصرية	◙ مراجعة الواجب المنزلي ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة السابعة عشرة	الانتباه لتسلسل المثيرات البصرية المحددة.	◙ مراجعة الواجب المنزلي ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د

الجلسة	الهدف	الإجراءات	الزمن
الجلسة الثامنة عشرة	الانتباه للمثيرات البصرية السمعية وتسلسلها	◙ مراجعة الواجب المنزلي ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية السمعية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة التاسعة عشرة	زيادة زمن الانتباه	◙ مراجعة الواجب المنزلية ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة العشرون	الانتباه للتعليمات الشفوية	◙ مراجعة الواجب المنزلية ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينفذ التلميذ التعليمات الشفهية المعطاة له. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة الواحدة والعشرون	زيادة زمن الانتباه السمعي	◙ مراجعة الواجب المنزلية ◙ أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة. ◙ أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات السمعية. ◙ أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية. ◙ أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات السمعية المحددة. ◙ أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة. ◙ أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.	(٥٠) د
الجلسة الثانية والعشرون	الأخيرة	◙ التذكير بما تم أخذه في الجلسات السابقة. ◙ توزيع الهداية التشجيعية على التلاميذ المشاركين في البرنامج. ◙ أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات ما تحقق في الجلسات. ◙ تطبيق القياس البعدي على الأمهات.	(٥٠) د

ملخص إجراءات الدراسة:

يمكن استعراض الإجراءات التي أُتبِّعت في البحث الحالي من خلال الآتي:

- الرجوع إلى الأدبيات والدراسات ذات الصلة بموضوعات الدراسة.
- إعداد الأدوات اللازمة والمناسبة للتطبيق بما يخدم أهداف الدراسة وفروضها.
- الحصول على موافقة الجهات الرسمية على إجراء الدراسة (وزارة التربية السورية متمثلة بمديرية التربية في مدينة درعا).

بدأ تطبيق الدراسة مع بداية العام الدراسي (٢٠١٤ -٢٠١٥) لاختبار صدق وثبات أداة الدراسة، وقد بلغت عينة الصدق والثبات (26) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ الصف الثالث والرابع الابتدائي، في حين بدأ التطبيق لفرز واختيار عينة الدراسة (التجريبية والضابطة) بعد مرور شهرين على بداية الفصل الأول من العام الدراسي (٢٠١٤/ ٢٠١٥) حيث تم تطبيق أدوات الدراسة والأدوات العلاجية، وفق الخطوات الآتية:

1- بدأت الإجراءات بزيارة المدارس الرسمية في مدينة الصنمين لتطبيق أدوات الدراسة، وذلك للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.

2-مقابلة مدير كل مدرسة، واطلاعه على سبب الزيارة والهدف منها، وموافقة وزارة التربية عليها وتسهيل المهمة الخطي لها، ومن ثم الاستفسار عن عدد شعب الصف الثالث والرابع في المدرسة، وما إذا كان معلم الصف متواجد مع التلاميذ منذُ فترة كافية (شهرين على الأقل) ثم يتم اختيار الشعب التي تناسب عينة الدراسة من حيث تواجد المعلمين.

3-حصر أعداد التلاميذ في الصفين الثالث والرابع الأساسي في الفصل الأول للعام الدراسي (٢٠١٣/ ٢٠١٤).

4-مقابلة معلمي التلاميذ في الصفين الثالث والرابع في كل مدرسة من المدارس التي تم زيارتها والتحدث معهم عن سبب الزيارة والطلب منهم تطبيق أداة الدراسة (DSM-5) للكشف الأولي عن التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد.

5-بعد ذلك تم استخراج نتائج التلاميذ على المقياس (DSM-5) حيث تم الاحتفاظ بأسماء التلاميذ الذين ينطبق عليهم بنود ودرجات المقياس.

6 – بعد ذلك تم تطبيق مقياس نقص الانتباه /النشاط الزائد (إعداد الباحث) على المعلمين واستخراج النتائج.

7-الطلب من مُديري المدارس توجيه طلب استدعاء لأحد أولياء الأمور (الأمهات) إلى المدرسة ليصار إلى اللقاء بهم في كل مدرسة وبشكل جماعي وشرح أهمية تعاونهم مع الباحث بعد إعطاء فكرة موجزة عن هذا الاضطراب وعن أثاره السلبية على التلميذ وعلى أسرته.

8-تم توزيع أوراق المقياس على الأمهات (ليتم التشخيص من قبل الوالدين ثم يقاطع مع تشخيص معلم الصف).

9- في هذه الخطوة تم تحديد أفراد عينة المجموعة التجريبية المتواجدين في المدارس (الأولى و ش/محمد العتمة، والثامنة) والسبب في ذلك لتوافر أفراد العينة التجريبية ولقربها من بعضها، كما تم تحديد أفراد المجموعة الضابطة في المدارس (الرابعة والسادسة) لتوافر أفراد العينة الضابطة ولقربهما من بعضها.

10- تطبيق اختبار رافن على التلاميذ، ثم تصحيح أوراق الإجابة واستخراج النتائج ومقارنتها مع ما يقابلها في الدرجات المعيارية، بما يتناسب مع عمر التلميذ بالسنوات والأشهر، ثم تم تسجيل أسماء التلاميذ الذين حصلوا على درجات تقابل المئين (50) فما فوق، وتم استبعاد التلاميذ الذين حصلوا على درجة تقل عن المئين (50).

11-الاطلاع على البطاقات المدرسية لتلاميذ الشعب الذين تم اختيارهم، بمساعدة المرشدة الاجتماعية في كل مدرسة، وتسجيل المعلومات الخاصة بكل تلميذ من حيث:

- الاسم وتاريخ الميلاد بالسنوات والأشهر، لتحديد العمر الزمني للتلميذ.
- الحالة الاجتماعية للأسرة ومعلومات عن القائمين على رعاية التلميذ.
- مستوى تحصيل التلميذ خلال السنوات الدراسية السابقة، وعدد سنوات الرسوب.
- معلومات عن سلامة الحواس، النطق، الأمراض التي يعاني منها التلميذ.
- استبعاد التلاميذ الذين أوضحت بطاقاتهم المدرسية أنهم يعانون من قصور حاسي بصري أو سمعي.

12- في المحصلة النهائية لاختبار عينة الدراسة، تم تحديد المجموعة التجريبية من مدرسة (الأولى وش/ محمد العتمة والثامنة) وبلغ عددها النهائي (١١) تلميذاً وتلميذة بواقع (٩) ذكور و (٢) إناث، وتحديد المجموعة الضابطة من المدارس (الرابعة والسادسة) وبلغ عددها النهائي (١١) تلميذاً وتلميذة بواقع (٩) ذكور و (٢) إناث.

13- وفي هذه الخطوة تم تنفيذ البرنامج: وذلك وفق الخطوات التالية:

أ. تم تطبيق البرنامج التدريبي على تلاميذ المجموعة التجريبية، وقام الباحث بالتنسيق مع إدارة المدرسة والمرشدة الاجتماعية، ومشاركة أمهات ومعلمي تلاميذ ADHD حيث تم التطبيق بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، استمرت الجلسة (50) دقيقة، تم التطبيق في غرفة الصف لخلوها من التلاميذ كون الحصة الدراسية (رياضة -رسم)، بما يضمن عدم حدوث أي خلل في سير عملية التعليم، وقد تم تطبيق البرنامج خلال الفترة الواقعة بين (٢٠١٥/١/٢٦) إلى (٢٠١٥/٣/٢٦).

ب. القياس البعدي: بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي على تلاميذ المجموعة التجريبية، تم تطبيق مقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد على تلاميذ المجموعتين التجريبية والضابطة؛ وذلك بهدف التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي في خفض شدة أعراض نقص الانتباه/ النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية، وتم التطبيق بتاريخ (٢٠١٥/٣/٢٩).

ج-قياس المتابعة: وذلك من خلال إعادة تطبيق مقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور مدة من الزمن على انتهاء تطبيق البرنامج، تقدر بشهر، بهدف الكشف عن مدى استمرار أثر البرنامج التدريبي في خفض أعراض ADHD لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تمّ التطبيق في يوم (٢٠١٥/٥/٣) في المدرسة (الأولى وش/العتمة والثامنة) المتحقق من قبل المعلمين والأمهات.

د. مناقشة النتائج: وهي الخطوة الأخيرة؛ وتتمثل بمناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بجميع مراحل تصميم وتطبيق جلسات البرنامج التدريبي، وفي ضوء المقارنة مع نتائج الدراسات السابقة، ثم التوصل إلى مجموعة من المقترحات.

الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء التطبيق:

- عدم توافر المكان المخصص لتطبيق البرنامج حيث تتوافر فيه كافة الشروط المطلوبة للضبط التجريبي للمتغيرات.
- انسحاب وتردد بعض الأمهات في بداية البرنامج ومحاولة الباحث إقناعهن في مدى الفائدة التي سوف تعود عليهن وعلى أطفالهم إضافة إلى التأكيد على مجانية العمل.
- تأخر بعض الأمهات عن مواعيد الجلسات.
- تغيب بعض الأمهات عن حضور الجلسات حيث يقدر نسبة حضورهن بـ(70%) من عدد الجلسات.

خامساً-الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

1- اختبار هارتلي Hartley`s test لفحص تجانس التباين Homogeneity 0f Variance.

2-المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

3-معامل الارتباط بيرسون لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

4-معامل الثبات ألفا كرونباخ.

5-المعادلة الخاصة باستخراج حجم الأثر.

6-برنامج (spss) لفحص:

أ-اختبار T-Test Student لدراسة الفروق بين عينتين مستقلتين (ضابطة وتجريبية).

بـ -اختبارT-Test Student لدراسة الفروق بين عينتين مترابطتين (تجريبية؛ قبلي بعدي – بعدي مؤجل).

الفصل الخامس

نتائج البحث

مقدمة.

١. نتائج الفرضية الأولى.

٢. نتائج الفرضية الثانية.

٣. نتائج الفرضية الثالثة.

٤. ملخص نتائج البحث.

٥. التوصيات والمقترحات.

الفصل الخامس

نتائج البحث

مقدمة:

حُدِّد الهدف من هذا البحث بقياس فاعليّة برنامج تدريبي سلوكي في معالجة شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي الحلقة الأولى، وبناءً عليه تم تطبيق البرنامج واستخراج النتائج الخاصة بكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على: القياس القبلي والقياس البعدي، والقياس المؤجل الخاص بالمجموعة التجريبية. وتم إخضاع تلك النتائج للمعالجة الإحصائية المناسبة. وذلك للتحقق من فرضيات التي طرحها البحث.

أولاً-نتائج البحث ومناقشتها:

1-نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في **القياس البعدي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه (المعلم/الأهل).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب دلالة الفروق بين أفراد تلاميذ المجموعة التجريبية (ن= 11تلميذاً وتلميذة بواقع 9 ذكور و2 إناث) ودرجات أفراد تلاميذ المجموعة الضابطة (ن=11 تلميذاً وتلميذة بواقع 9 ذكور و2 إناث) على مقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد، بعد تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (spss)لاستخراج وتحليل البيانات الاحصائية.

فقد استخدم الباحث الاختبار الإحصائي (T) للمقارنة بين المجموعتين المستقلتين Independent Samples Test. وقد تمخضت نتائج اختبار (T) عن القيم الموضحة في الجدولين:(22) و(23)

الجدول (22) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة

المقياس	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Std. Error Mean
ADHD	1.00	349.272	30.282	9.13046
	2.00	291.545	49.133	14.81422
AD	1.00	162.818	18.701	5.63886
	2.00	140.545	27.688	8.34850
Hyperactivity	1.00	103.727	15.498	4.67312
	2.00	85.363	22.281	6.71805
Impulsivity	1.00	82.727	13.282	4.00475
	2.00	65.636	21.914	6.60753

- يشير رقم **(1)** إلى المجموعة الضابطة والرقم **(2)** إلى المجموعة التجريبية.
- ADHD اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.
- AD نقص الانتباه.
- Hyperactivity نشاط زائد
- Impulsivityالاندفاعية

الجدول(23) نتائج اختبار (T) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي(post-test)

المقياس		Levene's Test for Equality of Variances: نتائج اختبار F	Sig. مستوى دلالة اختبار F	t-test for Equality of Means اختبار (t) للمتوسطات المتساوية: نتائج اختبار T	درجات الحرية d.f	Sig. (2-tailed) مستوى دلالة اختبار T	Mean Difference الفرق بين متوسطي المجموعتين	Std. Error Difference الخطأ المعياري للفرق	95% Confidence Interval of the Difference فترة الثقة للفرق بين وسطي المجموعتين: Lower الحد الأدنى	Upper الحد الأعلى
ADHD	Equal variances assumed	1.863	.187	3.317	20	.003	57.72727	17.40191	21.42753	94.02702
	Equal variances not assumed			3.317	16.639	.004	57.72727	17.40191	20.95172	94.50282
AD	Equal variances assumed	2.103	.163	2.211	20	.039	22.27273	10.07443	1.25783	43.28763
	Equal variances not assumed			2.211	17.552	.041	22.27273	10.07443	1.06837	43.47709
Hyperactivity	Equal variances assumed	1.894	.184	2.244	20	.036	18.36364	8.18354	1.29308	35.43419
	Equal variances not assumed			2.244	17.841	.038	18.36364	8.18354	1.15971	35.56756
Impulsivity	Equal variances assumed	.526	.477	2.212	20	.039	17.09091	7.72642	.97389	33.20793
	Equal variances not assumed			2.212	16.473	.041	17.09091	7.72642	.74980	33.43201

Equal variances assumed -يفرض أن التباين متساو

Equal variances not assumed يفرض أن التباين غير متساو -

الجدول رقم (23) اختبار العينات المستقلة Independent Samples Test

1- يبين الجزء الأول من الجدول (23) نتائج اختبار ليفين Levene– (F). والموزعة على النحو التالي:

-قيمة (F) لقياس التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (ADHD) تساوي (1.863) ومستوى دلالة (0.187)، وهي أكبر من مستوى دلالة (0.05).

-قيمة (F) لقياس التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (AD) تساوي(2.103) ومستوى دلالة (0.163)، وهي أكبر من مستوى دلالة (0.05).

-قيمة (F) لقياس التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (Hyperactivity) تساوي(1.894) ومستوى دلالة (0.184)، وهي أكبر من مستوى دلالة(0.05)

-قيمة (F) لقياس التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (Impulsivity) تساوي(0.526) ومستوى دلالة (0.477)، وهي أكبر من مستوى دلالة(0.05)

تشير النتائج أن مستوى دلالات هذه القيم أكبر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$.

وهذا بدوره يبين أننا نستطيع الافتراض بأن تباين المجموعتين متساوي (Equal Variance Assumed) وبالتالي سنعتمد النتائج الموجودة في السطر الأول الذي في بدايته Equal Variance Assumed من الجدول.

> اختبار ليفين Levene: هو اختبار خاص بفحص تجانس التباين (هل تباين العينات متساو أم لا)؟ إذا كان مستوى الدلالة sig اختبار(F) أكبر من مستوى الدلالة α (0.05) يكون تباين العينات متساو وإذا كان أقل يكون تباين العينات غير متساو.

2-يبين **الجزء الثاني من الجدول نتائج اختبار (T) للمتوسطات المتساوية T-Test for Equality of Mean** وبالتحديد النتائج الموجودة في السطر الأول من الجدول، النتائج **الآتية:**

-قيمة (T) لقياس الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (ADHD) تساوي (3.317) ومستوى دلالة (0.003)، وهي أقل من مستوى دلالة (0.05).

-قيمة (T) لقياس الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (AD) تساوي (2,211) ومستوى دلالة (0.039)، وهي أقل من مستوى دلالة (0.05).

-قيمة (T) لقياس الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (Hyperactivity) تساوي(2.244) ومستوى دلالة (0.036)، وهي أقل من مستوى دلالة(0.05)

-قيمة (T) لقياس الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (Impulsivity) تساوي(2.212) ومستوى دلالة (0.039)، وهي أقل من مستوى دلالة(0.05). تبين دلالات هذه القيم جميعاً أنها أصغر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ودرجة الحرية (20).

ولدعم نتائج هذه الفرضية قام الباحث بحساب معادلة حجم الأثر الجدول الاتي يبين نتائج المعادلة:

الجدول (24) حجم الأثر

١	المجموعة		التجريبية		الضابطة		T المحسوبة	مستوى الدلالة 0.05	حجم الأثر	الفاعلية
٢	الاختبار الاحصائي		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
٣	المقياس	نقص الانتباه	140.54	27.68	162.81	18.70	2.21	دالة	-1.52	كبيرة
		النشاط الزائد	85.36	22.28	103.72	15.49	2,24	دالة	-0.95	كبيرة
		الاندفاعية	65.63	21.91	82.72	13.28	2.21	دالة	-0.94	كبيرة
		كلي	291.54	49.13	349.27	30.28	3.31	دالة	-1.41	كبيرة

يبين الجدول(24) نتائج اختبار حجم الأثر الذي تركه البرنامج على تعديل سلوك الفئة المستهدفة وكانت جميع النتائج تشير إلى فاعلية كبيرة للبرنامج، وحجم الأثر يمكن تصنيفه وفق ما أشار إليه كوهن (Cohen,1975) من أن قيمة (Δ) في حالة استخدام اختبار (T)؛ تكون صغيرة إذا تراوحت قيمتها بين (0.20-0.49) وتكون متوسطة إذا تراوحت بين (0.50-0.70) وتكون كبيرة إذا كانت أكبر أو تساوي (0.80). (كيلاني والشريفين 2005: 217) - المعادلة المستخدمة في حساب حجم الأثر:

$$(d)\Delta = \frac{\bar{X}_{exp.} - \bar{X}_{cont.}}{Sc} \quad \text{.........} ($$

يث $\bar{X}_{exp.}$: الوسط الحسابي للمجموعة التجريبية.

$\bar{X}_{cont}$: الوسط الحسابي للمجموعة الضابطة.

Sc : الانحراف المعياري (الموزون) للعينتين(n_2,n_1)

يث:

$$Sc = \sqrt{\frac{(n-1)S^2_{exp.} + (n_2-1)S^2_{cont.}}{n_1 + n_2 - 2}} \quad \text{.........} ($$

(كيلاني والشريفين المرجع السابق: ٢١٥)

نتائج اختبار الفرضية الأولى:

يوفر برنامج spss طريقتان لاختبار الفرضية الحالية:

<u>الأولى</u>: مستوى الدلالة Sig (2-tailed) اختبار (T)

نلاحظ من الجدول (23) أن مستوى دلالات Sig(2-tailed) اختبار(T) هي أصغر من قيمة = α0.05 وذلك بالنسبة لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد ككل ولبقية المقاييس الفرعية وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل بالفرضية البديلة التي ترى بوجود فروق بين المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التدريبي والمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي نوع من التدريب، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

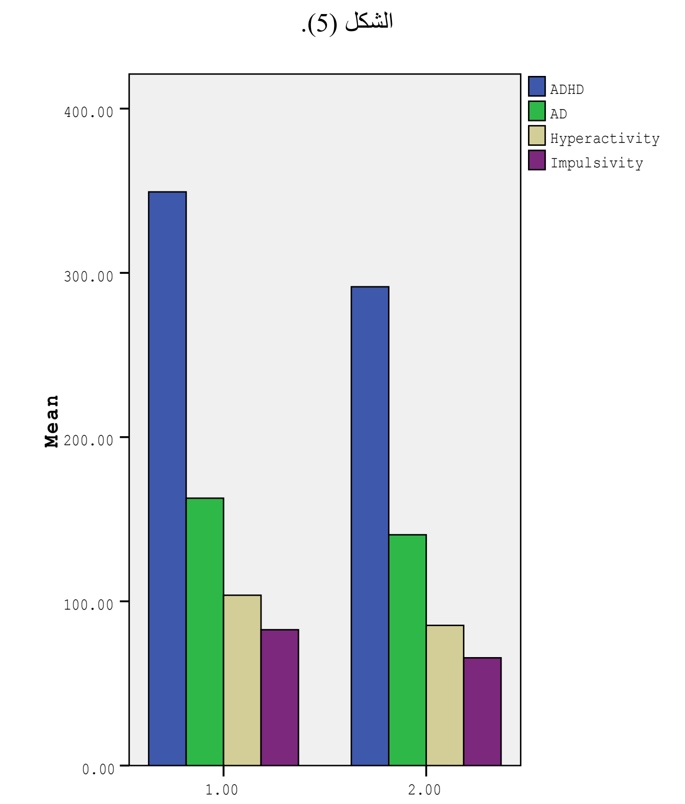
<u>الثانية</u>: فترة الثقة للفرق بين وسطي المجموعتين (Confidence Interval of the Difference)

تتكون فترة الثقة من رقمين هما الحد الادنى Lower والحد الأعلى Upper ومن خلال الجدول (22) فإن فترة الثقة للفرق بين وسطي المجموعتين تشير إلى رفض الفرضية الصفرية، والقبول بالفرضية البديلة التي ترى بوجود فروق بين المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التدريبي والمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي نوع من التدريب، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

<u>القرار الإحصائي:</u> رفض الفرضية الصفرية والقبول بالفرضية البديلة. التي تؤكد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على مقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد بصورتيه (المعلم/الأهل) بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج. وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية. أي أن هذا الفارق يعود إلى انخفاض متوسط درجات المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التدريبي. وارتفاع متوسط درجات المجموعة الضابطة لعدم تلقيها البرنامج التدريبي.

ويمثل الشكل البياني الآتي رسما توضيحياً لنتائج الفروق بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد.

الشكل (5).



تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

جاءت نتائج هذه الفرضية لتشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، ما يؤكد فاعلية البرنامج التدريبي القائم على فنيات تعديل السلوك في خفض أعراض ADHD المتمثلة في (تحسين مستوى الانتباه وخفض أعراض النشاط الزائد وأعراض الاندفاعية) والدرجة الكلية لها لدى تلاميذ المجموعة التجريبية، مقابل عدم التحسن في أعراض ADHD لدى تلاميذ المجموعة الضابطة.

ويمكن تلمس تلك الفروق من خلال نسب المتوسطات الحسابية لكل مجموعة، فقد بلغ المتوسط الحسابي لبعد نقص الانتباه لدى المجموعة التجريبية (140.54) ومتوسط المجموعة الضابطة (162.81) أما عن متوسط بُعد النشاط الزائد فقد بلغ لدى المجموعة التجريبية (85.36) ومتوسط المجموعة الضابطة (103.27) وكذلك بالنسبة لبُعد الاندفاعية فقد بلغ لدى المجموعة التجريبية (65.63) ومتوسط المجموعة الضابطة (82.72) أما الدرجة الكلية لمقياس ADHD فقد بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (291.54) ومتوسط المجموعة الضابطة (349.27).

كما يدعم تلك النتائج بشكل كبير حجم الأثر الذي تمَ حسابه، والذي أكد على أن البرنامج العلاجي المقترح كان له الأثر الواضح في خفض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الذي تمَ تطبيقه.

ويمكن إرجاع سبب نتائج هذه الفرضية إلى تدريب المجموعة التجريبية، وعدم تدريب المجموعة الضابطة على البرنامج، والأثر الإيجابي للأنشطة المقدمة في البرنامج في تحسين مستوى الانتباه وخفض أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية؛ فالأنشطة المقدمة للمجموعة التجريبية ساهمت في خفض أعراض ADHD بشكل واضح مقارنة بأداء المجموعة الضابطة، التي لم تتعرض لتلك الأنشطة، مما يؤكد فرضية تجانس العينتين التجريبية والضابطة من حيث العمر، ومن حيث درجة القدرة العقلية، ومن حيث (الخصائص السلوكية والمعرفية المتمثلة بأعراض(ADHD) قبل تطبيق البرنامج.

ومن الأمور التي ساهمت في نجاح البرنامج استخدام تدريبات وطرائق مناسبة لعمر وخصائص التلاميذ ذوي ADHD مثل تدريبات لتنمية (مهارات الانتباه البصري ومهارات الانتباه السمعي ومهارات الانتباه البصري – السمعي معاً وكذلك مهارات الانتباه الحركي).

ومن ناحية أخرى يمكن تفسير نتائج الدراسة في أن الغالبية العظمى من النشاطات التي يتكون منها البرنامج التدريبي تعتمد على المنهاج المدرسي للتلميذ، وهذا ضمن وجود درجة مقبولة من التوافق بين نشاطات البرنامج التدريبي والخبرات المعرفيّة السابقة للتلاميذ، وبالتالي حقق درجة جيدة من التفاعل بين التلاميذ والبرنامج التدريبي.

كذلك يمكن أن تعود نتائج الدراسة إلى الأسلوب المتّبع في العرض وحثّ التلاميذ على الانتباه وتوجيههم وأسلوب التعزيز المستخدم، والجو الصفي الدافئ بين الباحث والتلاميذ، كل ذلك أدى إلى زيادة دافعيتهم نحو تعلّم الاستراتيجيات وبالتالي انعكس ذلك على نتائج الدراسة بشكل إيجابي. لقد توافقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (Abikof 1991) ودراسة عكاشة (١٩٩٧) ودراسة الناطور والقرعان (2008)، ودراسة (Miranda,Presentation&soiano 2002).

2-نتائج الفرضية الثانية:

<u>نص الفرضية الثانية:</u> لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في **القياسين القبلي والبعدي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه (المعلم/الأهل).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب دلالة الفروق بين درجات تلاميذ المجموعة التجريبية (ن= 11 تلميذاً وتلميذة بواقع؛ 9 ذكور و2إناث) على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد، قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي، وذلك باستخدام الاختبار الإحصائي (T-Test Student) للعينات غير المستقلة؛ حيث تمخضت نتائج اختبار (T) عن مجموعة من القيم، ويمكن توضيح نتيجة هذا الاختبار في الجدولين (25-26):

الجدول (25) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.

الثنائية	Measurement before/after القياس قبلي/ بعدي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري.	Std. Error Mean
Pair 1	AD before	166.818	17.221	5.192
	AD after	140.545	27.688	8.348
Pair 2	Hyperactivity before	108.909	16.955	5.112
	Hyperactivity after	85.363	22.281	6.718
Pair 3	Impulsivity before	87.727	11.341	3.419
	Impulsivity after	65.636	21.914	6.607
Pair 4	ADHD before	363.454	33.903	10.222
	ADHD after	291.545	49.133	14.814

- الثنائية الأولى القياس قبلي/ بعدي لـ(AD) نقص الانتباه.
- الثنائية الثانية القياس قبلي / بعدي لـ(Hyperactivity) النشاط الزائد.
- الثنائية الثالثة القياس قبلي/ بعدي لـ(Impulsivity) الاندفاعية.
- الثنائية الرابعة قبلي/ بعدي لـ(ADHD) اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (كلي)

جدول(26) يبين نتائج اختبار (T) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

القياس قبلي/بعدي	Paired Differences					T	Df درجة الحرية	Sig(2-tailed) مستوى دلالة اختبار T
	Mean المتوسط الحسابي للفروق	Std. Deviation الانحراف المعياري للفروق	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference فترة الثقة للفرق بين الوسطين				
				Lower الحد الأدنى	Upper الحد الأعلى			
Pair 1 AD before – AD after	26.27273	37.92121	11.43368	.79691	51.74854	2.298	10	.044
Pair 2 Hyperactivity before – Hyperactivity after	23.54545	30.98504	9.34234	2.72942	44.36149	2.520	10	.030
Pair 3 Impulsivity before – Impulsivity after	22.09091	26.67379	8.04245	4.17122	40.01060	2.747	10	.021
Pair 4 ADHD before – ADHD after	71.90909	76.08608	22.94081	20.79377	123.02441	3.135	10	.011

نتائج اختبار الفرضية الصفرية:

يوفر البرنامج spss طريقتين لرفض أو قُبول الفرضية الصفرية هما:

1- مستوى دلالة Sig (2- Tailed) اختبار (T)

يبين الجدول(26) نتائج اختبار(T) وقيم مستوى دلالة اختبار T sig (2-tailed) على النحو الآتي:

- قيمة (T) لقياس الفرق بين المقياسين (AD before – AD after) تساوي (2.298)، ومستوى دلالة (0.044) وهي أقل من مستوى دلالة (0.05).
- قيمة (T) لقياس الفرق بين المقياسين (Hyperactivity before – Hyperactivity after) تساوي (2.520)، ومستوى دلالة (0.030) وهي أقل من مستوى دلالة (0.05).
- قيمة (T) لقياس الفرق بين المقياسين (Impulsivity before – Impulsivity after) تساوي (2.747)، ومستوى دلالة (0.021) وهي أقل من مستوى دلالة (0.05).
- قيمة (T) لقياس الفرق بين المقياسين (ADHD before – ADHD after) تساوي (3.135)، ومستوى دلالة (0.011) وهي أقل من مستوى دلالة (0.05).

2- فترة الثقة للفرق بين وسطي القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية 95%Confidence Interval of the Difference

تتكون فترة الثقة من رقمين هما الحد الأدنى Lower والحد الأعلى Upper ومن الجدول (26) فإن نتائج تقدير فترة الثقة للفرق بين وسطي القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية تشير إلى النتائج الأتية:

- قيمة الحد الأدنى (796 0) وقيمة الحد الأعلى (51.748) للقياسين (AD before – AD after).
- قيمة الحد الأدنى (2.729) وقيمة الحد الأعلى (44.361) للقياسين (Hyperactivity before – Hyperactivity after).
- قيمة الحد الأدنى (4.171) وقيمة الحد الأعلى(40.010) للقياسين (Impulsivity before – Impulsivity after).
- قيمة الحد الأدنى (20.793) وقيمة الحد الأعلى (123.024) للقياسين (ADHD before – ADHD after)

تشير النتائج إلى أن جميع قيم فترة الثقة للحد الأدنى L0wer والحد الأعلى Upper بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لا تتضمن المرور بالصفر وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بالفرضية البديلة التي تشير إلى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي الذي انخفضت درجاته عن القياس القبلي.

القرار: رفض الفرضية الصفرية، والقبول بالفرضية البديلة بمعنى أن هناك أثر للبرنامج العلاجي في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

ولدعم نتائج هذه الفرضية قام الباحث بحساب معادلة حجم الأثر الجدول الاتي يبين نتائج المعادلة:

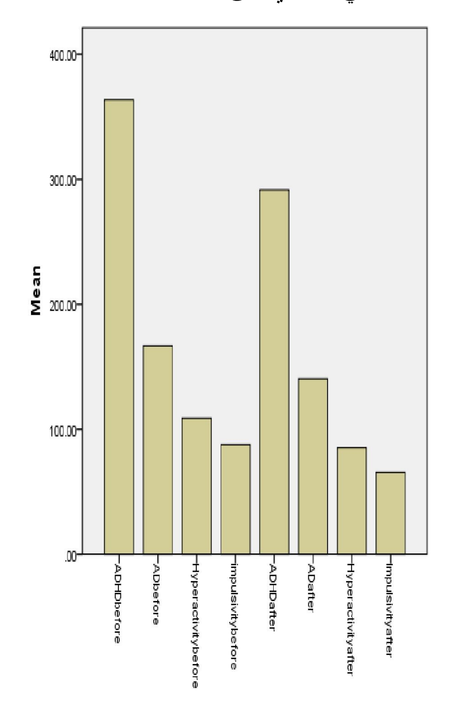
الجدول (27)
حجم الأثر

المقياس / الاختبار الإحصائي	الوسط الحسابي للفروق	الانحراف المعياري للفروق	T المحسوبة	حجم الأثر	الفاعلية
نقص الانتباه-قبلي / بعدي	26.272	37.921	2.298	-1.13	كبيرة
نشاط زائد – قبلي / بعدي	23.545	30.985	2.520	-1.18	كبيرة
الاندفاعية – قبلي / بعدي	22.090	26.673	2.747	-1.26	كبيرة
كلي – قبلي / بعدي	71.909	76.086	3.135	-1.70	كبيرة

يبين الجدول(27) نتائج اختبار حجم الأثر الذي تركه البرنامج على تعديل سلوك الفئة المستهدفة وكانت جميع النتائج تشير إلى فاعلية كبيرة للبرنامج.

كما يمثل الشكل البياني الآتي (6) رسماً توضيحياً لنتائج الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد.

الشكل (6)



تفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

تُبيّن نتائج الفرضية الثانية مدى فاعليّة البرنامج التدريبي في انخفاض شدّة أعراض اضطّراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي عنه في القياس القبلي حيث انخفض متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي على النحو التالي: بُعد نقص الانتباه في القياس البعدي فقد بلغ المتوسط الحسابي بـ(140.54) وفي القياس القبلي بلغ (166.81) وبُعد النشاط الزائد في القياس البعدي بلغ (85.36) وفي القياس القبلي بلغ (108.36) أما عن بُعد الاندفاعية فقد بلغ القياس البعدي (65.63) وفي القياس القبلي فقد بلغ (87.72) وفي قياس الدرجة الكلية لمقياس (ADHD) فقد بلغ في القياس البعدي (291.54) وفي القياسي القبلي فقد بلغ (363.45) وبالتالي يتبين أن الفرق لصالح القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، الأمر الذي يشير إلى تحسن واضح في الأعراض لدى أفراد المجموعة على مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، مما يؤكد ذلك حجم الأثر الكبير الذي تركه البرنامج في خفض شدة أعراض ADHD.

ويفسر الباحث الفروق في القياس البعدي عنه في القياس القبلي لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية للأسباب الآتية:

١. اهتمام الباحث بالتلاميذ وقيادته لهم بطريقة واعية، زاد عندهم الدافعية للتعلم وزادهم رغبة وإقبالاً على الأنشطة والتدريبات التي تضمنتها جلسات البرنامج، وولّد لديهم الرغبة في تكرار ممارسة الأنشطة بعد انتهاء الجلسة.
٢. المشاركة الفعالة للأهل وذلك بتفهمهم لحالة أبنائهم ومشاركتهم العناية بهم وتنفيذ الأنشطة والتدريبات (الواجبات المنزلية).
٣. المشاركة الفعالة أيضاً للمعلمين الذين أبدوا اهتماماً ملحوظاً بتلاميذهم الذين يعانون منADHDمن خلال التّعرف على هذه الفئة الخاصة من التلاميذ وطرق التعامل معهم ورعايتهم أثناء تنفيذ الدروس اليومية (المعتادة).
٤. تشجيع التلاميذ على المشاركة في تقويم أنفسهم أسهم في اطلاعهم على أخطائهم والعمل على معالجتها بصورة فورية.
٥. الحرص على التنويع بين العمل الفردي والجماعي أثناء جلسات البرنامج.
٦. مناسبة البرنامج لمستويات التلاميذ وهذا ما أكده السادة المحكمين.

لقد توافقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (Froelich,Duepfner&lehmkuhl 2002) ودراسة الدراس (2007)، ودراسة عبد الوهاب الطحان (2012).

3-نتائج الفرضية الثالثة:

نص الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في **القياسين البعدي والمؤجل** على مقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد بصورتيه(المعلم/الأهل).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب دلالة الفروق بين درجات تلاميذ المجموعة التجريبية (ن= 11 تلميذاً وتلميذة بواقع؛ 9 ذكور و2إناث) على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد، وذلك بعد تطبيق البرنامج التدريبي بفترة زمنية قدرها أربعة أسابيع، وذلك باستخدام الاختبار الإحصائي Student-Test(T) للعينات غير المستقلة؛ حيث تمخضت نتائج اختبار (T) عن مجموعة من القيم، ويمكن توضيح نتيجة هذا الاختبار في الجدولين (28) و(29):

الجدول (28)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل.

الثنائية	Measurement after/delayed القياس بعدي/ مؤجل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Std. Error Mean
Pair 1	ADHD after	291.5455	49.13321	14.81422
	ADHD delayed	298.5455	25.68799	7.74522
Pair 2	AD after	140.5455	27.68886	8.34850
	AD delayed	143.6364	23.66125	7.13413
Pair 3	Hyperactivity after	85.3636	22.28126	6.71805
	Hyperactivity delayed	87.3636	12.47616	3.76170
Pair 4	Impulsivity after	65.6364	21.91471	6.60753
	Impulsivity delayed	67.7273	12.77569	3.85201

- الثنائية الأولى القياس بعدي/ مؤجل لـ(ADHD) اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد(كلي)
- الثنائية الثانية القياس بعدي/مؤجل لـ(AD) نقص الانتباه.
- الثنائية الثالثة القياس بعدي/مؤجل لـ(Hyperactivity) النشاط الزائد.
- الثنائية الرابعة القياس بعدي/مؤجل لـ(Impulsivity) الاندفاعية.

الجدول (29) يبين قيمة (T) لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والمؤجل لدى أفراد المجموعة التجريبية

	after/Delayed القياس: بعدي/ مؤجل	Paired Differences					T	Df درجة الحرية	Sig. (2-tailed) مستوى دلالة اختبار T
		Mean المتوسط الحسابي للفروق	Std. Deviation الانحراف المعياري للفروق	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference فترة الثقة للفرق بين الوسطين				
					Lower الحد الأدنى	Upper الحد الأعلى			
Pair 1	ADHD after – ADHD delayed	-7.00000	41.22135	12.42871	-34.69288	20.69288	-.563	10	.586
Pair 2	AD after – AD delayed	-3.09091	19.18570	5.78470	-15.98003	9.79822	-.534	10	.605
Pair 3	Hyperactivity after – Hyperactivity delayed	-2.00000	16.71526	5.03984	-13.22947	9.22947	-.397	10	.700
Pair 4	Impulsivity after – impulsivity delayed	-2.09091	18.27815	5.51107	-14.37034	10.18852	-.379	10	.712

نتائج اختبار الفرضية الصفرية:

يوفر البرنامج spss طريقتين لرفض أو قبول الفرضية الصفرية هما:

1- مستوى الدلالة (Sig (2- Tailed

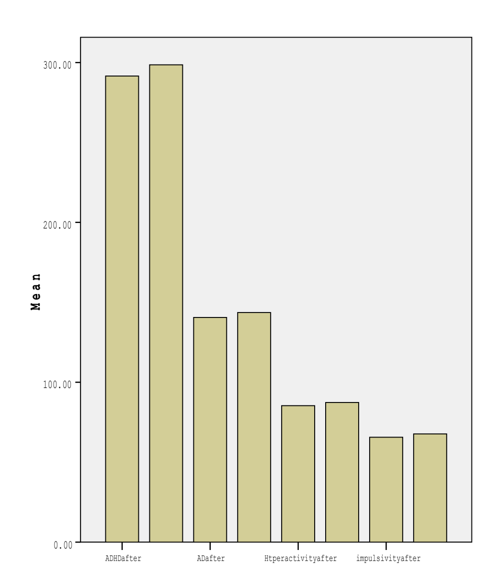
نلاحظ من الجدول (29) أن جميع دلالات اختبار T ‏sig (2-tailed) أكبر من مستوى الدلالة 0.05 =α وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية، ونرفض الفرضية البديلة.

2-فترة الثقة: للفرق بين وسطي القياسين البعدي/المتابعة 95% Confidence Interval of the Difference تشير النتائج الواردة في الجدول السابق أن جميع قيم فترة الثقة للحد الأدنى L0wer والحد الأعلى Upperبين القياسين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية جميع القيم تتضمن المرور بالصفر وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تشير إلى عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والمتابعة، ونرفض الفرضية البديلة.

القرار الإحصائي: القبول بالفرضية الصفرية التي ترى بعدم وجود فرق بين القياس البعدي والقياس المؤجل لدى المجموعة التجريبية، ورفض الفرضية البديلة بمعنى أن أثر البرنامج العلاجي قد امتد لما بعد الفراغ من تطبيقه، مما يشير إلى استمرار تأثيره في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

ويمثل الشكل (7)البياني الآتي رسماً توضيحياً لنتائج الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من القياسين البعدي والمؤجل لمقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد.

الشكل(7)



تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

بينت النتائج ارتفاع طفيف في درجات القياس المؤجل إلا أنه لا يشير إلى وجود فروق جوهرية بينه وبين القياس البعدي يمكن ملاحظة ذلك من خلال درجات المتوسطات لكل منهما، فعلى بعد الاندفاعية القياس البعدي بلغ متوسط الدرجات (65.63) وعلى القياس المؤجل بلغ متوسط الدرجات (67.72) وعلى بعد النشاط الزائد بلغ متوسط درجات القياس البعدي (85.36) وعلى القياس المؤجل بلغ متوسط الدرجات (87.36) وعلى بعد نقص الانتباه بلغ متوسط درجات القياس البعدي (140.54) وعلى القياس المؤجل بلغ متوسط الدرجات(143.63) وأما متوسط درجات المقياس ككل ADHD فقد بلغ متوسط القياس البعدي (291.54) وعلى القياس المؤجل فقد بلغ متوسط الدرجات (298.54).

يمكن تفسير هذه النتائج بأن أفراد المجموعة التجريبية قد حافظوا على درجة التحسّن بعد توقف البرنامج الأمر الذي يشر إلى مدى استمرّارية انخفاض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد عند توقف البرنامج التدريبي والقيام بقياس المتابعة، فلقد جرب التلميذ مواقف النجاح في أدائه بدلاً من مواقف الإحباط والفشل مما عزّز ثقته بنفسه في نهاية البرنامج التدريبي إضافة إلى أنه قد تعرف الاستفادة من التعليمات الذاتية في توجيه ذاته، وفي مواجه مشكلاته وكيفية التغلب عليها بمعنى انتقال مسؤولية التعلم من الباحث إلى التلميذ الذي استطاع المحافظة على ما تعلمه من خلال جلسات البرنامج وممارسته لما تعلمه خارج الجلسات سواء داخل الحجرة الصفية أو في المنزل.

كما يؤكد الباحث على أن فترة المتابعة لم تنقضي بالترقب لما ستؤول له النتائج بعد تطبيق القياس النهائي إنما بادر الباحث إلى انجاز الأعمال التالية:

- المتابعة المستمرة لتلاميذ المجموعة التجريبية من قبل الباحث عن طريق زيارة المدارس التي ينتسبون إليها مرة أو أكثر في الأسبوع.
- التواصل مع معلميهم وتزويدهم بطرق التعامل المناسبة لتلاميذهم.
- التواصل مع الأمهات اللاتي بحاجة لمساعدة وذلك عن طريق (الهاتف)أو الالتقاء بهن أثناء زيارة الباحث إلى المدرسة.

حيث يعتقد الباحث بأهمية هذا الإجراء مما انعكس إيجابياً على أداء التلاميذ المدرسي والاجتماعي، كما اتفقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة **عكاشة** (1997) ودراسة **عبد الغني** (2011).

ثانياً-ملخص نتائج البحث:

أسفرت الدراسة الحالية عن نتائج عدة يمكن إجمالها فيما يلي:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد ومقاييسه الفرعية لدى التلاميذ الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في القياس البعدي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي في الدرجة الكلية لمقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد ومقاييسه الفرعية وبين متوسط درجاتهم في القياس البعدي، وذلك لصالح القياس البعدي.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي في الدرجة الكلية لمقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد ومقاييسه الفرعية وبين متوسط درجاتهم في القياس المتابعة.

ثالثاً-التوصيات والمقترحات:

بعد استعراض النتائج الحالية التي توصل إليها البحث والتي أثبتت فاعلية البرنامج التدريبي القائم على مشاركة الفنيات التالية: الحث-تشكيل السلوك -النمذجة-التعزيز الإيجابي-الواجب المنزلي-التعليم الذاتي في خفض النشاط الزائد وتحسين نقص الانتباه، وضع الباحث مجموعة من التوصيات والمقترحات تتمثل بما يلي:

❖ **التوصيات:**

1- الاستفادة من نتائج البحث الحالي والعمل على تنظيم برامج تدريبية قائمة على استراتيجيات مشتركة لتعديل السلوك (الفنيات السلوكية والمعرفية السلوكية).

2-عقد دورات تدريبية للمعلمين في مدارس التعليم الأساسي لتوعيتهم في مجال صعوبات التعلم عامة، وصعوبات الانتباه بخاصة.

3-تطبيق استراتيجية التعلم الذاتي التي أضافها Orjales على مراحل صفية مختلفة لتعم الفائدة على التلاميذ ذوي صعوبات الانتباه على اختلاف أعمارهم ومستوياتهم.

4-إعداد دورات تدريبية لأولياء أمور التلاميذ ذوي صعوبات الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) لتعريفهم بخصائص التلميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد وكيفية التعامل معه، وتدريبهم على استراتيجيات التنظيم الذاتي.

5-عد أولياء أمور تلاميذ صعوبات الانتباه جزءاً أساسياً في أي برنامج تدريبي يهدف إلى خفض تلك الصعوبات وتنمية مهاراتهم التربوية والأكاديمية المختلفة.

6-تفعيل دور غرف المصادر في مدارس التعليم الأساسي، للكشف المبكر عن حالات صعوبات الانتباه وعلاجها وذلك بتصميم البرامج التدريبية المناسبة.

7-الاهتمام بالبيئة التعليمية.

8-إعداد برامج تلفزيونية وأفلام وثائقية تتعلق بهذا الاضطراب لزيادة وعي المجتمع بأعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

❖ **البحوث المقترحة:**

1- القيام بدراسة مسحية بغية التعرف على نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد بين تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي، بمختلف المناطق التعليمية في سوريا.

2-إجراء دراسة حول أثر البرنامج التعليمي في مهارات التعلم الذاتي في تحسين مستوى التحصيل الدراسي.

3-إجراء دراسة حول أثر البرنامج التعليمي في مهارات التعلم الذاتي في تحسين مستوى السلوك الصفي.

ملخص البحث باللغة العربية

فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة أولياء الأمور في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأبناء؟

دراسة شبه تجريبية لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي/الحلقة الأولى

تناول البحث الحالي فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة أولياء الأمور في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأبناء، لدى عينة من تلاميذ الصف الثالث والرابع من ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد في مدارس مدينة الصنمين، وتألف هذا البحث من خمسة فصول؛ تناول الفصل الأول التعريف بموضوع الدراسة من حيث المشكلة والأهمية والأهداف والمصطلحات. أمّا الفصل الثاني فقد خُصِص لعرض الإطار النظري وفقاً لمحوري اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والطرق المتبعة في علاجه، أمّا الفصل الثالث فقد تم فيه عرض مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية وفقاً لأربعة محاور أساسية، وتناول الفصل الرابع منهج البحث وإجراءاته حيث تم وصف عينة البحث وأدواته، وأمّا الفصل الخامس فتضمن نتائج البحث ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ثم انتهى البحث بعدد من التوصيات والبحوث المقترحة.

وتتلخص مشكلة البحث الحالي في التساؤل الآتي:

ما مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة أولياء الأمور في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأبناء؟ لدى عينة من تلاميذ الصف الثالث والرابع من مرحلة التعليم الأساسي في مدارس مدينة الصنمين.

أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث الحالي في النقاط الآتية:

٠١ دراسة واحدة من أهم وأكثر المشكلات المعرفية – السلوكية انتشاراً بين التلاميذ، حيث وصلت بعض التقديرات إلى أنه ينتشر بين ١٨% من أطفال القطر العربي السوري (عز ٢٠٠١: ٢٢).

٠٢ يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي، الذي يعطي البحث أهمية خاصة، وذلك من خلال تعرُّف وتشخيص وتعديل السلوك المضطرب.

٠٣ تسليط الضوء على إحدى برامج تعديل السلوك كواحد من الأساليب المستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

٠٤ تناول اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى عينة من التلاميذ العاديين، المتواجدين على مقاعد الدراسة، والذين يفتقرون إلى الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية المقدّمة إليهم بسبب معاناتهم من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لديهم.

٠٥ من خلال البرنامج الذي تم تصميمه لخفض أعراض نقص الانتباه/النشاط الزائد والفنيات العلاجية السلوكية التي سيتضمنها، والتي يمكن أن تكون مفيدة للمعلمين والمربين وللعاملين في مجالات الإرشاد النفسي والتربية الخاصة.

٠٦ مشاركة أولياء الأمور في حضور جلسات البرنامج وما يمكن أن يحصلوا عليه من معلومات وخبرات ومهارات هامة في التعامل مع أطفالهم المضطربين.

وهدف البحث إلى قياس مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة أولياء أمور التلاميذ في خفض الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى الأبناء؟ لدى عينة من تلاميذ الصف الثالث والرابع من مرحلة التعليم الأساسي من ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

ويتفرع عن الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية الآتية:

٠١ تصميم برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك لتدريب التلاميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد يهدف إلى خفض الأعراض الأولية للاضطراب.

٠٢ تزويد أولياء الأمور بمعلومات عن فنيات البرنامج وكيفية تطبيقها والخبرات التدريبية وذلك من خلال حضورهم جلسات البرنامج ومناقشة هذه الفنيات والخبرات معهم وتكليفهم بالواجبات المنزلية الخاصة بها.

٠٣ قياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في تخفيف الأعراض الأولية لاضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد.

٠٤ قياس مدى استمرارية نجاح البرنامج التدريبي في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدى أفراد العينة بعد التوقف عن تطبيقه بفترة زمنية تحدد بشهر من تاريخ انتهاء تطبيق البرنامج.

٠٥ تقديم التوجيهات والمقترحات للاستفادة منها في مجال تعليم وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، وذلك في ضوء ما ستسفر عنه نتائج البحث الحالي.

فرضيات البحث: تتحدد فروض البحث بالآتي:

<u>الفرضية الأولى</u>: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في **القياس البعدي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه "المعلم/الوالدين" في أبعادهما والدرجة الكلية.

<u>الفرضية الثانية</u>: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في **القياسين القبلي والبعدي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه "المعلم/الوالدين" في أبعادهما والدرجة الكلية.

<u>الفرضية الثالثة</u>: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في **القياسين البعدي والتتبعي** على مقياس نقص الانتباه/النشاط الزائد بصورتيه "المعلم/الوالدين" في أبعادهما والدرجة الكلية.

وقد اعتمد الباحث في إجراء الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، وتم استخدام الأدوات الآتية:

أدوات البحث:

١-مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد. صورة المعلم من إعداد الباحث.

٢-مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد. صورة الوالدين من إعداد الباحث

٣-اختبار الذكاء: اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن، (رحمة،2004).

٤-برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك. من إعداد الباحث.

كما بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (22) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ الصف الثالث والرابع الأساسي ذوي اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، توزعوا بين (11) تلميذاً في المجموعة التجريبية و(11) تلميذاً في المجموعة الضابطة. وقد تم اختيارهم جميعاً من المدارس (الشهيد العتمة والمدرسة الثامنة والمدرسة الأولى والرابعة والسادسة)

وأشارت نتائج البحث إلى ما يلي:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية لمقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد ومقاييسه الفرعية لدى التلاميذ الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في القياس البعدي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي في الدرجة الكلية لمقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد ومقاييسه الفرعية وبين متوسط درجاتهم في القياس البعدي، وذلك لصالح القياس البعدي.

3-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي في الدرجة الكلية لمقياس نقص الانتباه/ النشاط الزائد ومقاييسه الفرعية وبين متوسط درجاتهم في القياس المتابعة.

المراجع باللغة العربية:

١. إبراهيم، عبد الستار(١٩٩٣): العلاج النفسي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل، مجلة علم النفس، العدد(٢٦)، السنة السابعة، الهيئة المصرية للكتاب.

٢. إبراهيم، عبد الستار. الدخيل، عبد العزيز بن عبد الله. إبراهيم، رضوى (١٩٩٣): العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، سلسلة عالم المعرفة، العدد(١٨٠) الكويت.

٣. إبراهيم، علا عبد الباقي (١٩٩٥): مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد الأطفال المعوقين عقليا، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٤. إبراهيم، علا عبد الباقي (١٩٩٩): علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك، (سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة)، القاهرة، عالم الكتاب.

٥. أبو شوارب، ختام عبد الحميد (٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادي للتخييف من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

٦. أحمد، السيد علي السيد. بدر، فائقة محمد (١٩٩٩): اضطراب الانتباه لدى الأطفال-أسبابه وتشخيصه وعلاجه، القاهرة، مكتبة النهضة.

٧. الأدغم، رضا أحمد حافظ. الشامي، جمال الدين محمد. الشبراوي، عبد الناصر سلامة (١٩٩٩): فاعلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس في تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربي الانتباه مفرطي النشاط في اللغة العربية، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد٢٧.

٨. البحيري، عبد الرقيب أحمد. عجلان، عفاف محمد محمود (٢٠٠٥): مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم "كراسة تعليمات"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٩. البوالصة، جوزيف عواد إسحق (٢٠٠٧): أثر برنامج لتدريب والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على مجموعة من المتغيرات النفسية والتربوية، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

١٠. الجعافرة، حاتم (٢٠٠٧): الاضطرابات الحركية عند الأطفال، ط١، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١١. الحامد، جمال حامد (٢٠٠٢): اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال-أسبابه وعلاجه، ط١، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، السعودية.

١٢. الحلبي، موفق (٢٠٠٠): الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين، ط١، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.

١٣. الخطيب، جمال (١٩٨٧): تعديل السلوك: القوانين والإجراءات، الجامعة الأردنية، عمان.

١٤. الخطيب، جمال (١٩٩٣): تعديل سلوك الأطفال المعوقين-دليل الآباء والمعلمين، ط١، دار إشراق، عمان، الأردن.

١٥. الخطيب، جمال محمد (٢٠١٣): تعديل السلوك الإنساني، ط٦، دار الفكر، عمان.

١٦. الخطيب، جمال(٢٠٠١) أولياء أمور الأطفال المعوقين-استراتيجيات العمل معهم، وتدريبهم، ودعمهم. أكاديمية التربية الخاصة –الرياض.
١٧. الدراس، لينا سعدي (٢٠٠٧): فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، كلية الدراسات التربوية.
١٨. الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٤): فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة اضطراب النشاط الزائد/نقص الانتباه لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة كلية التربية، جامعة المنوفية، كلية التربية النوعية، العدد٢٨(الجزء الرابع)، ص ص ٢١١-٢٧١.
١٩. الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٦): اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد-الأسباب والتشخيص والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
٢٠. الدوة، أمل محمود السيد (٢٠٠٣): النشاط النيوروسيكولوجي للمخ المرتبط بالانتباه لدى الأفراد زائدي النشاط منخفضي التحصيل الدراسي، رسالة دكتوراه، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس، مصر.
٢١. الروسان، فاروق (٢٠٠٠): تعديل وبناء السلوك الإنساني، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.
٢٢. الرويتع، عبد الله صالح (٢٠٠٢): اضطراب قصور الانتباه/النشاط الزائد، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية، العدد٦، المجلد٢.
٢٣. الزارع، نايف بن عابد (٢٠٠٧): اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد-دليل عملي للآباء والمختصين، دار الفكر، عمان، الأردن.
٢٤. الزراد، فيصل محمد خير (١٩٩٩): استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال (استبيان الأسرة والمدرسة)، الثقافة النفسية، العدد٣٧، ص ٣٥-٤٣، طرابلس، مركز الدراسات النفسية والجسدية.
٢٥. الزراد، فيصل محمد خير (٢٠٠٢): اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال، منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
٢٦. الزغلوان، حسن ياسين (٢٠٠١): فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
٢٧. الزيات، فتحي مصطفى (١٩٩٨): صعوبات التعلم-الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، سلسلة علم النفس المعرفي (٤)، ط١، دار النشر للجامعات، القاهرة.
٢٨. الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٢): المتفوقون عقلياً ذوي صعوبات التعلم: قضايا التعريف والتشخيص والعلاج، سلسلة علم النفس المعرفي، العدد٧، ط١، دار النشر للجامعات، القاهرة.

٢٩. الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٦): آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض، المملكة العربية السعودية.
٣٠. الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٧): دليل بطارية مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات التعلم، ط١، دار النشر للجامعات، القاهرة.
٣١. الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٨): دليل بطارية مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات التعلم، دار النشر للجامعات، القاهرة.
٣٢. الزيوت، فيصل علي صالح (٢٠٠٥): فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
٣٣. السعدي، سحر عبد الله (٢٠٠٤): فاعلية التعزيز الرمزي في تحسين مستوى الانتباه الصفي وخفض النشاط الزائد والسلوك العدواني لدى طالبات المرحلة الأساسية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
٣٤. السقا، صباح (٢٠٠٩): إرشاد الطفل-فصول مختارة، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.
٣٥. السلاموني، سهام (٢٠٠١): فاعلية بعض فنيات الإرشاد في خفض النشاط الحركي الزائد وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر.
٣٦. الشرقاوي، أنور محمد (١٩٨٢): التعلم والشخصية، مجلة عالم الفكر، الكويت، ص ١٣-٦٢.
٣٧. الشريف، صلاح الدين حسين (١٩٩١): دراسة النشاط الزائد وعلاقته بالاستعداد الذهني وأساليب معاملة الأم لدى الأطفال ما قبل المدرسة "دراسة تجريبية"، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، العدد٧، المجلد الثاني، ص ص ٦٣٥-٦٥٩.
٣٨. العساف، صالح (١٩٨٩): المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، الكتاب الأول، شركة العبيكات للطباعة والنشر، الرياض.
٣٩. الفخراني، خالد إبراهيم (١٩٩٥): التآزر البصري-الحركي لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد وبدونه، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، دار الضيافة، جامعة عين شمس، مصر.
٤٠. القاضي، خالد (٢٠١٠): أبعاد الإساءة للأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة كلية التربية، جامعة جنوب الوادي، المجلد ١٦، ص ١٦٧-١٩٨.
٤١. القرعان، جهاد سليمان محمد (٢٠٠٦): أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا-الجامعة الأردنية.

٤٢. القمش، مصطفى نوري. المعايطة، خليل عبد الرحمن (٢٠٠٩): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة، عمان.
٤٣. الكيلاني، عبد الله زيد. الشريفين، نضال كمال (٢٠٠٥): مدخل إلى البحث في العلوم التربوية والاجتماعية-أساسياته-مناهجه-تصاميمه-أساليبه الإحصائية، دار المسيرة، عمان.
٤٤. اللحام، شذا(٢٠١٢): علم الأدوية. كلية الصيدلة، منشورات جامعة دمشق.
٤٥. المرسي، معتز المرسي (١٩٩٨): بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التعليم الأساسي والمتطلبات النفسية والاجتماعية لهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بدمياط، جامعة المنصورة.
٤٦. المطيري، معصومة سهيل (٢٠٠٥): اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط في علاقته بالمشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد١٩، ص ص ٨١-١٣٨.
٤٧. الناطور، ميادة. القرعان، جهاد (٢٠٠٨): أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مجلة دراسات نفسية، المجلد ١٨، العدد٢، ص ٣٠٣-٣٣١.
٤٨. الوقفي، راضي (٢٠٠٣): صعوبات التعلم النظري والتطبيقي، ط١، منشورات كلية الأميرة ثروت، الأردن.
٤٩. اليوسفي، مشيرة عبد الحميد أحمد (٢٠٠٥): النشاط الزائد لدى الأطفال (الأسباب وبرامج الخفض)، سلسلة إشراقات تربوية، الكتاب الثاني، جامعة المنيا، مصر.
٥٠. باركلي (١٩٩٩): خلل فرط الحركة مع نقص الانتباه عند الأطفال، مجلة العلوم، المجلد١٥، العدد٥، ص ٤٨-٥٣. الكويت.
٥١. حواشين، مفيد(٢٠٠٤): أثر التعزيز الرمزي للمجموعتين في تطوير الانتباه لدى طلبة الصف الثالث الأساسي، مجلة البلقاء للبحوث والدراسات المجلد(١٠) العدد (٢).
٥٢. خليل، عمر بن الخطاب (١٩٩١): التشخيص الفرق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين "رانم" ج٣، يوليو ص ٥١٣-٥٢٧.
٥٣. دبيس، سعيد بن عبد الله إبراهيم. السمادوني، السيد إبراهيم (١٩٩٨): فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة علم النفس العدد(٤٦) السنة الثانية عشر، ص٨٨-١٢١.
٥٤. رحمة، عزيزة (٢٠٠٤): اختبار المصفوفات المتتابعة المعيارية ومعاييره، كلية التربية، جامعة دمشق.

٥٥. زويد، أماني محمود السيد (٢٠٠٣) أثر التعزيز على أداء بعض المهام القرائية والحسابية لذوي اضطراب الانتباه من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة الزقازيق، مصر.
٥٦. سفر، عهود عدنان (٢٠٠٦): فاعلية برنامج حاسوبي في تعديل سلوك النشاط الزائد وخفض وقت التعديل باستخدام تصميم العينة الفردي لفئة الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية.
٥٧. سيد، السيد علي (١٩٩٩): مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
٥٨. سيدني، وولكر (٢٠٠٣): النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال-الأسباب والعلاج-دراسات حالة، ترجمة علي شعيب والسيد محمد فرحات، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
٥٩. سيسالم، كمال سالم (٢٠٠١): اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة خصائصها وأسبابها وأساليب العلاج، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
٦٠. شابيرو، لورانس (٢٠٠٧): كيف تنشئ طفلاً يتمتع بذكاء عاطفي، ترجمة مكتبة جرير، ط5.
٦١. شقير، زينب محمد (١٩٩٩): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور "مقترح" في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط، مجلة كلية التربية والعلوم الإنسانية، جامعة المنيا، العدد٣٤، ص ١١-٧١.
٦٢. شيفر، شارلز. هوارد، ميلمان (١٩٨٩): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نسيمة داوود ونزيه حمدي، ط١، منشورات الجامعة الأردنية.
٦٣. شيفر، شارلز. هيمان، هيوارد (١٩٩٩): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة سعيد العزة، ط١، دار الثقافة، عمان، الأردن.
٦٤. طنطاوي، أحمد عثمان. عجلان، عفاف محمد (١٩٩٥): بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال والمراهقين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد١١، ص ٦٥-١٣٣.
٦٥. عبد الرحمن، سعد (١٩٩٨): القياس النفسي بين النظري والتطبيقي، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة.
٦٦. عبد الغني، حنان زكريا (٢٠٠١): فاعلية الإرشاد الوالدي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمحافظة أسوان، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة جنوب الوادي، مصر.
٦٧. عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠٣): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة-الأسباب، التشخيص، العلاج-دار القاهرة، القاهرة، مصر.

٦٨. عبد الوهاب، سميرة محمد. الطحان، محمد خالد (٢٠١٢): أثر برنامج إرشادي جمعي في تحسين أساليب معاملة الأمهات الكويتيات لأطفالهن وخفض أعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لديهم، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد ١٠، العدد ٢، ص ١٢٢-١٤٧.

٦٩. عثمان، أحمد عبد الرحمن. أبو هاشم، السيد محمد (٢٠٠٢): النموذج البنائي لبعض الخصائص الشخصية والاجتماعية والمعرفية المرتبطة بإدراك المعلمين لاضطرابات الانتباه لدى تلاميذهم بالمرحلة الابتدائية، مجلة التربية، جامعة الزقازيق، العدد٤٠، يناير، ص ٨٩-١١٥.

٧٠. عز، إيمان (٢٠٠١): تقدير الذات لدى طفل النشاط الزائد مع نقص الانتباه، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة، العدد١، دار البشير، عمان، ص ١٩-٣٥.

٧١. عكاشة، أحمد (١٩٩٨): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

٧٢. عويضة، سعيد عبد العزيز (٢٠٠١): فعالية نموذج التركيز على المهام في علاج مشكلة النشاط الزائد للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد٩٧، ص ١٧١-٢٠٢.

٧٣. فراج، عثمان لبيب (١٩٩٧): من إعاقات التعلم النشاط الحركي الزائد وقصور القدرة على التركيز والانتباه، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد٥٢، السنة الرابعة عشر، ديسمبر، ص ٢-١٠.

٧٤. قزاقزة، أحمد محمد يونس (٢٠٠٥): فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

٧٥. كشك، رضا عبد الستار (٢٠٠٢): فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.

٧٦. كفافي، علاء الدين(١٩٩٩): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري-المنظور النسقي الاتصالي. ط1-دار الفكر العربي، مدينة نصر-القاهرة.

٧٧. كوافحة، تيسير مفلح(٢٠٠٣): القياس والتقييم وأساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة.

٧٨. ميركولينو، ماريني وآخرون (٢٠٠٣): اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة: دليل عملي للعيادين، ترجمة عبد العزيز السرطاوي وأيمن خشان، دار القلم، دبي.

٧٩. مجرية، محمد حامد (٢٠٠٠): السياق النفسي والاجتماعي لاضطراب النشاط المفرط المرتبط بقصور الانتباه لدى الأطفال، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنوفية.

٨٠. محسن، كارولين (٢٠١١): المشكلات السلوكية للأطفال، منشورات جامعة دمشق.

٨١. محمد علي، محمد النوبي (٢٠٠٦): السيكودراما واضطراب الانتباه لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، ط١، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٨٢. محمد، حسين (٢٠١٢): فاعلية برنامج علاجي سلوكي باستخدام دمج فنيتي نظام النقط مع العقود لمساعدة القائمين على رعاية أطفال ADHD وأثره على تنمية الانتباه وخفض النشاط الزائد عند الأطفال، مجلة كلية التربية، بنها، العدد٩٢، ص ٢٤٧-٣١٥.

٨٣. محمد، خالد سعد سيد (٢٠٠٠): فعالية برنامج للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية بمدينة قنا، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة جنوب الوادي.

٨٤. مسعود، سناء (٢٠٠٢): فعالية برنامج سلوكي معرفي لتحسين تقدير الذات والأداء الأكاديمي لدى التلاميذ ذوي فرط النشاط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا.

٨٥. معوض، محمد عبد التواب (١٩٩٢): دراسة النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنيا.

٨٦. ملكاوي، محمود زايد (٢٠٠٣): فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في علاج ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال من ذوي صعوبات تعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن.

٨٧. مليكة، لويس كامل (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط١، دار القلم، الكويت.

٨٨. منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية-الأوصاف السريرية (الإكلينيكية)-الدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD-10)، إشراف أ.د أحمد عكاشة، ترجمة وحدة الطب النفسي في جامعة عين شمس، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

٨٩. نلسون (١٩٩٩): المرجع في طب الأطفال. إعداد أنس نعيم عجلوني وأحمد عدنان مارديني، الجزء الأول، ط١، دمشق.

٩٠. ننلي، كاثي ف (٢٠٠٦): دماغ التلميذ دليل للآباء والمعلمين، ترجمة محمد عودة الريماوي، ط١، دار المسيرة، عمان.

٩١. هالاهان، دانيال ب. كوفمان، جيمس ن (٢٠٠٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، ترجمة عادل عبد الله محمد، ط١، دار الفكر، عمان.

٩٢. يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب، القاهرة.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Abikoff. H. B...&Hechtman. L. (1996). Multimodal Therapy and Stimulants in the Treatment of Children with Attention Deficit Disorder. In E. D. Hibbs & P. Jensen (Eds). *Psychosocial Treatment for Child and Adolescent Disorder: Empirically Based Strategies for Clinical Practice* (Pp.668-696). Washington. DC: American Psychological Association.
2. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised .DSM- III-R. Washington. DC... Author.
3. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.DSM-5Washington. DC... Author.
4. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, TR) (2000). Fourth Edition. Text Revision. Washington, D.C .
5. Anastopouls, A.D. (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 212-222.
6. Banaschewski. T... Brandeis. D... Heinrich. H... Albrecht. B... Brunner. E...&Rothenberger. A. (2003). Association of ADHD and Conduct Disorder-Brain Electrical Evidence for the Existence of a Distinct Subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.44.*356-376.
7. Barkley (1985). Hyperactivity Children. A Handbook For-Diagnosis and Treatment. New York. Guilford Press.
8. Barkley .R.A: (1991) Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Psychiatric Annals 27. 725- 733*
9. Barkley .R.A: (1995) Taking Charge *of ADHD*. New York: Guilford Press.
10. Barkley .R; Godzinsky & Dupaul .G. (1992) Frontal Lope Function in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: A Review and Research Report. *Journal of Abnormal Child Psychology .Vol. 20.No. 2. Pp.163- 184.*
11. Barkley, R. (1985). Hyperactivity children, The effectiveness of a training program directed to parents of ADHD children in modifying some of children's behavioral problems. New York, Guilford Press.
12. Barkley. R. A... (1997a). *ADHD and the Nature of Self-Control.* New York: Guilford Press.

13. Barkley. R. A... (1997b). Behavioral Inhibition. Sustained Attention. And Executive Function: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin.121.*65-94.
14. Barkley. R. A... Fischer. M...Edelbrock. C. S...& Smallish. L... (1990). the Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria: I. an 8-Year Prospective Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Pyschiatry.29.*546-557.
15. Barry. T. D... Lyman. R. D...& Klinger. L. G... (2002) Academic Underachievement and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: The Negative Impact of Symptom Severity on School Performance. *Journal of School Psychology.40.*259-283.
16. Begley. S. (1995.March). Gray Matters. *Newsweek.* P.53.
17. Biederman .J...Faraone.S... Keenan . Knee. D...&Tsuang. M. (1991) Family-Genetic and Psychosocial Risk Factors in Dsm- Iii Attention Deficit Disorder *.Journal Of The American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry*. 29. 526- 533.
18. Bonafina. M. A...Newcorn. J. H...Mckay .K.E..Koda. V.H...&Halperin .J .M. (2000) ADHD and Reading Disabilities: A Cluster Analytic Approach for Distinguishing Subgroups. *Journal of Learning Disabilities. 33. 297 – 307.*
19. Brandeis. D..Banaschewski. T...Baving. L...Gerorgiewa. P...Blanz. B... Schmidt. M. H... Et Al (2002). Multicenter P300 Brain Mapping Of Impaired Attention to Cues in Hyperkinetic Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.41.* 990-998.
20. Callaway. E...Halliday. R...& Naylor. H. (1983). Hyperactive Children's Event-Related Potentials Fail to Support Underarousal and Maturational-Lag Theories. *Archives of General Psychiatry.40.*1243-1248.
21. Carlson .C.L; Mann.M& Alexander. A.K (2000) Effects Of Reward And Response Cost On On Performance Motivation Of Children With Adhd. Cognitive Therapy and Research. 24.1. P 87-89.
22. Castellanos. F. X... Lee. P. P... Sharp. W... Jeffries. N. O... Greenstein. D. K...Clusen. L. S... Et Al. (2002). Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Medical Association.288* (14).1740-1748.

23. Cohen, M. J., Riccio, C. A., & Gonzalez. J. J. (1994). Methodological Differences in the Diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorders: Impact on Prevalence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders.2.*31-38.
24. Davies, S& Witte, R. (2000). Self-management and peer-monitoring within a group contingency to decrease uncontrolled verbalization of children with ADHD. Psychology in the schools, 37(2), 136-147.
25. Davies. S & Witte. R (2006). Http://Search.Msn.Com .&Ghosh.S
26. Douglas, V. I. (1972). Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control. *Canadian Journal of Behavioral Science, 4,* 259-282.
27. Douglas, V. I., & Peters, K. G. (1979). *Toward of clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children.* New York: Plenum Press.
28. Dupaul. G. J. (1991). Parent and Educator Ratings and ADHD Symptoms: Psychometric Properties in a Community-Based Sample. *Journal of Clinical Child Psychology.20.*245-253.
29. Eghblieh, B, Crinella, F.M, Hunt, L.E& Swanson, J.M. (2000). Alerting & Executive Control in Six and Seven Years Olds, Journal of Attention Disorders. V.4, N.1, PP. 102-110.
30. Faraone .S.V..Biederman .J...Krifcher. B... Keenan. K... Moore. C...Ugaglia .K... Et Al. (1992).Evidence For the Independent Transmission in Families for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability: Results Form a Family Genetic Study of ADHD. *American Journal of Psychiatry. 150. 890 – 895.*
31. Felton .R.H..Wood .F.B..Brown.I.S..&Campbell. S.K. (1987) .Separate Verbal Memory and Naming Deficits in Attention Deficit Disorder and Reading Disability. Brain and Language. 31.171- 184.
32. Fischer.M... Barkley. R. A...Edelbrock .C.S...& Smallish .L. (1990) The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: Ii. Academic .Attentional .And Neuropsychological Status. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 58. 580- 588.
33. Froelich, J; Doepfner, M& Lehmkuhl, G. (2002). Effects of combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 30, 111-115.

34. Gillis. J. J...Gilger. J. W... Pennington. B.F...&Defries. J. C. (1992). Attention Deficit Disorder in Reading-Disabled Twins: Evidence for Genetice Etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology. 20.* 303-315.
35. Goldman-Rakic. P. S. (1992). Dopamine Mediated Mechanisms of Prefrontal Cortex. *Seminar in the Neurosciences.4.*149-159.
36. Goodman. R...& Stevenson. J. (1989). A Twin Study of Hyperactivity-Ii. The Aetiological Role of Genes. Family Relationships and Perinatal Adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry. 30.*691-709.
37. Gureasko-moor, S.P. (2004). The effect of self-management on organization skills of adolescents with ADHD. Dissertation Abstracts, AAC3127524.
38. Hall, C.W& Kataria, S. (1992). Effect of two treatment techniques on delay and vigilance tasks with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) Children. Journal of Psychology, 126(1), 17-25.
39. Hall, T.F. (2003). Early intervention multimodal treatment program for: children with attention deficit hyperactivity disorder. Dissertation Abstracts, AAC3058890.
40. Harvey, E; Danforth, J; McKee, T; Ulozek, W& Friedman, J. (2003). Parenting Of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The Role of Parental Symptomology, Journal of Attention Disorder, 7, 31-42.
41. Hoagwood. K... Kelleher. K. J...Feil. M...& Comer. D. M. (2000). Treatment Services for Children with Adhd: A National Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.39.*198-206.
42. Horn. F. H; Ialongo .N.;Greenberg .G ; Packard . T...&Winberry .C (1990).Additive Effects of Behavioral Parent Training and Self-Control Therapy with Attention - Deficit / Hyperactivity Disordered Children. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol.19 (2). Pp. 389 - 410.
43. Jensen. P. S. (2001). AD/HD: What's up? What's Next? *Attention! 7.24*-27.
44. Johnston. C. & Mash, E.J. (2001): Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review.4.* 183-208.
45. Jones, N. M., Loney, J., Weissenburger, F. E., & Fleischmann, D. J. (1975). The Hyperkinetic Child: What Do Teachers Know? *Psychology in the Schools.12.*388-392.

46. Kail. R .Nelson .R. (1993) Developmental Psychology. Fifth Edition. New Jersey .Prentice Hall. Englewood Cliffs.
47. Kaplan, P. (1990): Educational Psychology for Tomorrow's Teacher, West Publishing Company.
48. Kaplan .B.J. Crawford. S.G...Dewey. D.M. & Fisher .G.C...(2000). the IQs of Children with ADHD Are Normally Distributed. *Journal of Learning Disabilities. 33. 425 – 432.*
49. Kauffman. J. M. (1985) Characteristics of Children's Behavior Disorders. Third Edition .Columbus .Ohio. Charles E. Merrill Publishing Co. A Bell & Howell Company.
50. Lahey. B.B. & Carlson. C.L (1991) Validity Of The Diagnostic Category Of Attention Deficit Disorders Without Hyperactivity : A Review Of The Literature . *Journal of Learning Disabilities. 24.110-120*
51. Lahoste. G.J. Swanson. J.M...Wigal. S.B...Glabe. C...Wigal.T... King. N... Et Al. (1996). Dopamine D4 Receptor Gene Polymorphism Is Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder *.Molecular Psychiatry.1.* 121- 124
52. Lang, G; Sheerin, D; Carr, A; Dooley, B; Barton, V; Marshall, D; Mulligan, A; Lawlor, M& Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. Journal of Family Therapy, 27:76-96.
53. Leibowitz. G. (1991). Organic and Biophysical Theories of Behavior. *Journal of Developmental and Physical Disabilities.3.* 201-243.
54. Lerner. J. (2003) Learning Disabilities: Theories. Diagnosis. And Teaching Strategies. Ninth Edition. New York. Houghton Miffing Company.
55. Leung .P.W.L .Ho.T.P...Luk. S. L.Taylor .E..Bacon. Shone .J...& Mak.F.L (1996) Separation and Comorbidity of Hyperactivity and Conduct Disturbance in Chinese Schoolboys *.Journal of Child Psychology and Psychiatry. 37.841-853*
56. Leung .P.W.L.Connolly. K.J. (1998) Do Hyperactive Children Have Motor Organization And / Or Execution Deficits? *Developmental Medicine and Child Neurology*.40. 600-607
57. Light. J...& Defries.J.C. (1995) Comorbidity of *Reading and Mathematics Disabilities: Genetic and Environmental Etiologies. Journal of Learning Disabilities. 28. 96 – 117.*

58. Loney. J. (1974) The Intellectual Functioning Of Hyperactive Elementary School: A Cross- Sectional Investigation. *American Journal of Ortho Psychiatry.44.754- 762*
59. Lou. H. C...Henriksen. L... Bruhn. P. Borner. H...& Nielsen. J. B. (1989). Striatal Dysfunction in Attention Deficit Hyperkinetic Disorder. *Archives of Neurology.46.* 49-52.
60. Lou. H. C...Henriksen. L...& Bruhn. P... (1984). Focal Cerebral Hypoperfusion in Children with Dysphasia and/or Attention Deficit Disorder. *Archives of Neurology.41.*825-829.
61. Mathes, M.Y& Bender, W.N. (1997). The Effect of self-monitoring of children with ADHD who are receiving pharmacological intervention. Remedial and Special Education, 18(2), 121-129.
62. Meyer. M. J...& Zentall. S. S. (1995). Influence of Loud Behavioral Consequences on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy.26.*351-370.
63. Milberger. S..Biederman .J..Faraone .S.V..Chen .L...&Jones.J. (1996)Maternal Smoking during Pregnancy a Risk Factor for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children? American *Journal of Psychiatry. 153.* 1138- 1142.
64. Miranda, A& Presentacion, M.J. (2000). Efficacy of cognitive Behavior therapy in the treatment of children with ADHD and without aggressiveness. Psychology in the school, 37(2), 169-182.
65. Miranda, A, Presentacion, M.J& Soriano, M. (2002). Effectiveness of A school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. Journal of learning Disabilities, 35(6), 546-562.
66. Monastra. V.J...Lubar. J.F... Linden. M... Van Deusen. P... Green. G... Wing. W... Phillips. A...Fenger. T.N. (1999). Assessing AdhdVia Quantitative Electroencephalography. *Neuropsychology.13.* 424-433.
67. Moon. S..Zentall. S. S..Grskovic. J... Hall. A. M...& Stormont. M. (2001). Social and Family Characteristics of Boys with Giftedness And/Or Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal for the Education of the Gifted.24.*207-247.
68. Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C., & Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD Predominantly Inattentive and Combined Types: Relationship to Previous DSM

Diagnoses/Subtype Differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.35.*325-333.

69. Nigg. J. T. (2001). Is ADHD A Disinhibitory Disorder? *Psychological Bulletin.127.*571-598.
70. Pennington. B.F. (1991). *Diagnostic Learning Disorder: A Neuropsychological Framework.* New York: Guilford Press.
71. Pennington. B.F...&Ozonoff. S. (1996). Executive Functions and Developmental. *Journal of Child Psychology and Psychiatry. 37.* 51-87.
72. Pliszka. S. R...Mccracken. J. T...& Maas. J. W. (1996). CatecholaminesIn Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Current Perspectives. *Journal of the Academy Of Child and Adolescent Psychiatry.35.*264-272.
73. Posavac, H.D, Sheridan, S.M& Posavac, S.C. (1999). A cueing procedure to control impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder. Behavior Modification, 23(2), 234-253.
74. Rapport. M. D... Denney. C..Dupaul. G. J...& Gardner. M. J. (1994). Attention Deficit Disorder and Methylphenidate Normalization Rates. Clinical Effectiveness and Response Prediction in 76 Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.33.*882-893.
75. Reid .K .Hresko. W. (1981): A Cognitive Approach to Learning Disabilities. Mcgraw – Hill Book Company.
76. Riccio. C. A..Hynd. G. W... Cohen. M. J...& Gonzales. J. J. (1993). Neurological Basis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children.60.* 118-124.
77. Richardson, A., Puri, B. K. (2002). A Randomized Double-Blind. Placebo-Controlled Study of the Effects of Supplementation with Highly Unsaturated Fatty Acids on ADHD-Related Symptoms in Children with Specific Learning Disabilities. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.26.*233-239.
78. Rosenthal. J. H. (1973). Neurophysiology of Minimal Cerebral Dysfunctions. *Academic Therapy. 8.*291-294.
79. Rosenthal. R. H...& Allen. T. W. (1978). An Examination of Attention. Arousal. And Learning Dysfunctions of Hyperkinetic Children. *Psychological Bulletin.85.*689-715.
80. Santrock.J . (1990) Children. Second Edition .Wm.C. Brown Publishers.

81. Satterfield. J. H... Schell. A. M... Nicholas. T. W... Satterfield. B. T...& Freese. T. E. (1990). Ontogeny of Selective Attention Effects on Event-Related Potentials in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Normal Boys. *Biological Psychiatry.28.*879-903.
82. Saunders.B. & Chambers. S. (1996): Areview of the Literature on Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children: Peer Interactions and Collaborative Learning psychology *in the Schools.Oet.vol 33.N(4).P.333- 340.*
83. Schab. D. W...& Trinh. N-H. T. (2004). Do Artificial Food Colors Promote Hyperactivity In Children With Hyperactive Syndromes? A Meta-Analysis of Double-Blind Placebo Controlled Trials. *Development and Behavioral Pediatrics.25.*423-434
84. Seifert .K..Hoffnung. R. (1994) Child and Adolescent Development. New York. Houghton Mifflin Company.
85. Shaw. G...& Brown. G. (1999). Arousal. Time Estimation. And Time Use in Attention-Disordered Children. *Developmental Neuropsychology.16.* 227-242.
86. Shaywitz. S. E...& Shaywitz. B. A. (1991). Introduction to the Special Series on Attention Deficit Disorder. *Journal of Learning Disabilities.24.*86.
87. Silver, L., (1998) The Misunderstood Child – Understanding And Coping With Your Child's Learning Disabilities. Third Edition. New York. Random House .Inc.
88. Smelter. R. W..Rasch. B. W... Fleming. J..Nazos. P...& Baranowski. S. (1996). Is Attention Deficit Disorder Becoming A Desired Diagnosis? *Phi Delta Kappan.77.* 429-432.
89. Stevens. L. J., Zentall. S. S., Deck. J. L., Abate. M. L... Watkins. B. A& Lipp. S. R... et al. (1995). Essential Fatty Acid Metabolism in Boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorders. *American Journal of Clinical Nutrition.62.*761-768.
90. Streett. B. E. (1995. Fall). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. *The Counselor.* Pp. 23-26.
91. Vandana J Rathod, Vymo Shah, Jagatheesan Alagesan, Poongundran Paranthaman, Soundarajan P.Effect of Sensory Integration Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Single Blinded Study.. International Journal of Physiotherapy and Research,Int J Physiotherapy Res 2015, Vol 3(2):947-54. ISSN 2321-1822

92. Whalen. C. K. (1989). Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. In Handbook Of Child Psychopathology (2nd Ed.. Pp. 131-160). New York: Plenum Press.
93. Whalen. C. K. (2001): ADHD treatment in the 21st century, pushing the envelope. *Journal of Clinical Child Psychology, 30,*136-140.
94. Willcut. E.G. Pennington. B .F. Boada, .R. Ogline. J.S. Tunich .R.A. Chhabildas .N.A. et al: (2001) A Comparison of the Cognitive Deficits in Reading Disability and Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology* .110.157 – 172.
95. Zametkin. A. J...Liebenauer. I. I... Fitzgerald. G. A... King. A. C...Minkunas. D.V...HerscovitchP... Et Al. (1993) Brain Metabolism in Teenagers with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry.50.* 333- 340.
96. Zametkin. A. J...Nordahal. T. E... Gross. M... King. A. C...Semple. W. E... Rumsey. J... Et Al. (1990). Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset. *New England Journal of Medicine.323.*1361-1366.
97. Zentall, Sydney. (2006). ADHD and education foundations, characteristics, methods, and collaboration. Centre National DE LA recherché scientifique. ISSN/ISBN: 0130981737.
98. Zentall. S. S. (1980). Behavioral Comparisons of Hyperactive and Normally Active Children in Natural Settings. *Journal of Abnormal Child Psychology. 8.*93-109.
99. Zentall. S. S. (1985a). A Cortex for Hyperactivity. In K. D. Gadow (Ed). *Advances in Learning and Behavioral Disabilities* (Vol. 4. Pp. 273-343). Greenwich. Ct: Jai Press.
100. Zentall. S. S. (1990). Fact-Retrieval Automatization and Math Problem Solving By Learning Disabled. Attention-Disordered. And Normal Adolescents. *Journal of Educational Psychology.82.*856-865.
101. Zentall. S. S., Kuester, D., & Craig, B. (2006). *Behavior and goals of students with and without ADHD during cooperative problem solving.* Manuscript in preparation.

102. Zentall. S. S... Moon. S... Hall. A. M...& Grskovic. J. (2001). Learning and Motivational Characteristics of Boys with Giftedness and/or Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children.67.*499-519.
103. Zentall. S. S...& Javorsky. J. (1995). Functional and Clinical Assessment of ADHD: Implications of DSM-IV in the Schools. *Journal of Psycho-Educational Assessment: ADHD Special Monograph.*22-41.

الملاحق

١. قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.
٢. القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5).
٣. اختبار المصفوفات المتتابعة لـ رافن Raven.
٤. مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (صورة المعلم).
٥. مقياس اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد (صورة الوالدين).
٦. البرنامج التدريبي.
٧. نصائح للأهل والمعلمين.
٨. تسهيل مهمة من وزارة التربية السورية.

الملحق(١)

قائمة بأسماء السادة المحكمين

الاسم	المرتبة العلمية
الدكتورة دانية القدسي	أستاذ مساعد في قسم التربية الخاصة
الدكتور خالد العمار	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي
الدكتور معمر الهوارنة	أستاذ مساعد في قسم علم النفس
الدكتورة صباح السقا	أستاذ مساعد في قسم علم النفس
الدكتورة رجاء عواد	مدرس في قسم التربية الخاصة
الدكتورة إيمان دندي	مدرس في كلية التربية الثالثة
الدكتورة سناء مسعود	مدرس في قسم علم النفس
الدكتورة عائشة ناصر	مدرس في قسم علم النفس
الدكتورة إيمان عبد ربه	عضو هيئة فنية في كلية التربية الثالثة
الدكتورة انتصار مقلد	عضو هيئة فنية في قسم التربية الخاصة

الملحق (٢)

القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد-الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition DSM-5-2013

اسم الطفل: .... الجنس: ذكر☐ -أنثى☐

تاريخ الميلاد........../........../......الصف المدرسي: ....

تاريخ اليوم ..../........../...... اسم ولي الأمر: ....

عمر الطفل: ....

م	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
١	غالباً ما يفشل في تركيز انتباهه على التفاصيل أو يرتكب أخطاء تافهة في الواجب المدرسي، أو أي عمل أو نشاطات أخرى يقوم بها.		
٢	غالباً ما يجد صعوبة في المحافظة على الانتباه أثناء تأدية المهام أو النشاطات (على سبيل المثال: يجد صعوبة في أن يبقى مركزاً انتباهه أثناء الدروس أو المحادثات أو القراءة المطولة).		
٣	غالباً ما يبدو غير مصغياً أو منصتاً عند التحدث إليه بشكل مباشر (على سبيل المثال: يبدو عقله في مكان آخر، حتى مع غياب أي شرود أو تلهي واضح).		
٤	غالباً لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الواجب المدرسي، أو الأعمال الروتينية (الاعتيادية) أو أي واجبات مترتبة عليه في مكان العمل (على سبيل المثال: يبدأ المهام ولكن بسرعة يفقد تركيزه ويؤجلها بسهولة).		
٥	غالباً ما يجد صعوبة في تنظيم المهام والنشاطات (على سبيل المثال: لديه صعوبة في تدبير أو إدارة المهام المتسلسلة)، وصعوبة في الاحتفاظ بالأدوات والممتلكات بالترتيب، أنه عمل فوضوي وغير منظم، لا يُحسن إدارة الوقت، يفشل في الالتزام بالمواعيد النهائية.		
٦	غالباً ما يتجنب أو يكره أو يعارض أو يتردد بالانشغال في المهام التي تتطلب جهد عقلي مستمر. (على سبيل المثال: الواجب المدرسي أو الواجب المنزلي).		

م	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
٧	غالباً ما يضيع أو يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو النشاطات (على سبيل المثال: الأدوات المدرسية أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات، المحافظ، المفاتيح، العمل الكتابي، النظارات، الهاتف الجوال).		
٨	غالباً ما ينشغل بسهولة ويتلهى بالمثيرات الغريبة.		
٩	كثير النسيان في غالب الأحيان خلال النشاطات اليومية (على سبيل المثال: القيام بالأعمال الرتيبة).		
١٠	غالباً ما يبدو متململاً أو ينقر بيديه أو قدميه أو يتلوى في المقعد.		
١١	غالباً ما يغادر أو يترك مقعده في الحالات التي تتطلب أن يبقى جالساً (على سبيل المثال: يغادر مقعده في الغرفة الصفية، أو في المكتب أو في أي مكان عمل أخر، أو في الحالات الأخرى التي تتطلب أن يبقى ثابتاً في مكانه).		
١٢	غالباً ما يركض أو يدور أو يتسلق في الحالات التي لا يكون هذا ملائماً فيها.		
١٣	غالباً ما يبدو غير قادر على اللعب أو الانشغال في الأنشطة الترفيهية بهدوء.		
١٤	غالباً هو "في حالة نشاط دائم" يتصرف كما لو أنه "يتحرك بموتور" (على سبيل المثال: غير قادر أو غير مرتاح على أن يكون ساكناً أو هادئاً لفترة طويلة من الوقت كما في المطاعم، أو الاجتماعات وذلك لأنه ربما يُواجه من قبل آخرين لكونه لا يهدأ أو من الصعب الإبقاء عليه هادئاً).		
١٥	في أغلب الأحيان يتكلم بإفراط.		
١٦	غالباً ما يتفوه بالإجابة من غير تفكير وقبل إكمال السؤال (على سبيل المثال: يُكمل الجمل للآخرين، لا يستطيع انتظار دوره في المحادثة).		
١٧	غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (على سبيل المثال: أثناء الانتظار في الطابور).		
١٨	غالباً ما يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم (على سبيل المثال: يقحم نفسه في المحادثات ويتدخل فيها، أو الألعاب أو الأنشطة، وربما يبدأ باستعمال أشياء الآخرين دون استئذان أو سؤال).		

الملحق (٣)

اختبار المصفوفات المتتابعة لــ رافن (Raven)

اسم الطفل: .... **الجنس: ذكر -أنثى**

تاريخ الميلاد........./........../......**الصف المدرسي:** ....

تاريخ اليوم ..../.........../...... **اسم ولي الأمر:** ....

عمر الطفل: ....

A	الإجابة	التصحيح	الملاحظات
المجموع			

B	الإجابة	التصحيح	الملاحظات
المجموع			

الملحق (٤)

مقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد (صورة المعلم/ة)

أخي المعلم/ة:

أمامك مجموعة من العبارات التي تصف سلوك التلميذ داخل الصف أو خارجه، والمطلوب منك قراءة هذه العبارات بعناية وأن تحدد تكرار حدوثها في سلوك التلميذ بوضع إشارة (X) أمام البديل المناسب، ويرجى عدم نسيان أي عبارة دون أن تستخدمها في تقدير سلوك التلميذ.

ولكم جزيل الشكر والامتنان.

اسم التلميذ: ....**جنس التلميذ: (ذكر/أنثى)** ....

تاريخ ميلاد التلميذ: ....../....../........................... **تاريخ تعبئة الاستمارة:** ..../......./...........................

اسم المدرسة: .... **الصف والشعبة:** ....

اسم القائم بالتقدير: ....

علاقته بالتلميذ: ....

منذ متى والتلميذ يعاني من هذه الأعراض: ....

م	عبارات نقص الانتباه	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	كثيراً	احياناً	لا يحدث
١	لا يركز. سهل التشتت.				
٢	مدى انتباهه قصير.				
٣	يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.				
٤	يجد صعوبة في الانتباه إلى تفاصيل الأشياء.				
٥	يصعب عليه تعرف كلمة معينة في جملة ما.				
٦	يجد صعوبة في البقاء منتبهاً للأعمال التي يؤديها.				
٧	يصعب عليه تركيز انتباهه في أثناء حل التدريبات.				
٨	يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة الموكلة إليه.				
٩	ينصرف عن الأعمال التي تتطلب الاستمرار في التركيز.				
١٠	كثيراً ما ينشغل بذاته داخل الحجرة الصفية.				
١١	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة.				
١٢	يجد صعوبة في الإنصات لمحدثه.				
١٣	يطلب منه المعلم بشكل متكرر تركيز انتباهه في أثناء شرح الدرس.				
١٤	يتشتت انتباهه بسهولة نتيجة لمنبهات خارجية.				
١٥	يكرر رسم النقط أو الخطوط دون فائدة من هذا التكرار.				
١٦	يكرر كتابة الحروف أو الأرقام دون فائدة من هذا				

م	العبارة				
	التكرار.				
١٧	يصعب عليه الانتقال من مهمة تعليمية إلى أخرى.				
١٨	يفقد أدواته اللازمة لأداء مهامه المدرسية (أقلام. دفاتر. كتب ....)				
١٩	يصعب عليه تركيز انتباهه عند توجيه الأسئلة إليه داخل الحجرة الصفية.				
٢٠	يقع في أخطاء كثيرة عند القراءة الجهرية في الصف.				
٢١	يقع في أخطاء كثيرة عند الكتابة على السبورة.				
٢٢	يقع في أخطاء كثيرة عند الكتابة في دروس الإملاء.				
٢٣	يصعب عليه الاستماع باهتمام لتعليمات وتوجيهات المعلم.				
٢٤	يتعرض لحوادث كثيرة نتيجة عدم انتباهه.				
٢٥	قدرته على ربط المعلومات ضعيفة.				
٢٦	يضع الأشياء في غير موقعها أو مكانها الصحيح.				
٢٧	يميل إلى الضجر بسهولة (لا ينسجم دائماً).				
٢٨	نادراً ما يشارك في المناقشة مع أقرانه.				
٢٩	يحتاج إلى متابعة مستمرة وتذكير بالأنشطة والأعمال.				
٣٠	دائم النسيان للأنشطة اليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر.				
٣١	يواجه صعوبة في ربط الأحداث بشكل متسلسل.				
٣٢	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه التشابه بين الأشياء.				
٣٣	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه الاختلاف بين الأشياء.				
٣٤	يحتاج إلى وقت طويل للإجابة على الأسئلة المطروحة عليه.				
٣٥	يصعب عليه الانتباه لأكثر من خمس دقائق.				
٣٦	يصعب عليه الانتباه للمفاهيم الجديدة.				

م	عبارات النشاط الزائد	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	كثيراً	احياناً	لا يحدث
١	كثير الحركة داخل الصف وخارجه.				
٢	يتلفت كثيراً في مقعده.				
٣	يحرك يديه وقدميه دون هدف.				
٤	يخرج من صفه عدة مرات دون مبرر.				
٥	يزعج زملائه داخل الصف.				
٦	غالباً ما يتلف الأدوات التي يستخدمها.				
٧	غير مرتب إنه فوضوي.				
٨	كثير التململ والحركة /لا يستطيع الاسترخاء.				
٩	كثيراً ما يتحدث بشكل مفرط (ثرثار).				
١٠	يتسلق ويركض بشكل مفرط في المواقف التي لا تتناسب وهذا السلوك				
١١	يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.				
١٢	يحدث ضوضاء داخل الصف.				
١٣	لا يستمر فترة طويلة بمفرده مع طفل من نفس عمره.				
١٤	يتدخل في أنشطة زملائه ويضايقهم.				
١٥	غالباً ما يقاطع ويتطفل على الآخرين.				
١٦	يتحدث بصوت مرتفع فجأة دون مراعاة النظام.				
١٧	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع زملائه.				
١٨	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع مدرسيه.				
١٩	يجد صعوبة في السيطرة على تصرفاته.				
٢٠	ينقل الأشياء باستمرار من مكان إلى آخر.				
٢١	يجد صعوبة في بقائه جالساً في مكانه.				
٢٢	يلعب بفمه وشعره.				

الملحق(٥)

مقياس نقص الانتباه / النشاط الزائد (صورة الوالدين)

أخي ولي أمر التلميذ:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف سلوك ابنكم في البيت أو خارجه، والمطلوب منك قراءة العبارات بعناية وأن تحدد تكرار حدوثها في سلوك ابنكم بوضع (X) حول التدرج المناسب، ويرجى عدم نسيان أية عبارة دون أن تستخدمها في تقدير سلوك التلميذ.

اسم التلميذ: .... جنس التلميذ: (ذكر/أنثى) ....
تاريخ ميلاد التلميذ: ....../...../......... تاريخ تعبئة الاستمارة: ..../......./.........
اسم المدرسة: .... الصف والشعبة: ....
اسم القائم بالتقدير: ....
علاقته بالطفل: ....
منذ متى وابنكم يعاني من هذه الأعراض: ....

م	عبارات نقص الانتباه	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	كثيراً	احياناً	لا يحدث
١	لا يركز. سهل التشتت.				
٢	مدى انتباهه قصير.				
٣	يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.				
٤	يجد صعوبة في الانتباه إلى تفاصيل الأشياء.				
٥	يصعب عليه تعرف كلمة معينة في جملة ما.				
٦	يجد صعوبة في البقاء منتبهاً للأعمال التي يؤديها.				
٧	يصعب عليه تركيز انتباهه في أثناء حل التدريبات.				
٨	يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة الموكلة إليه.				
٩	ينصرف عن الأعمال التي تتطلب الاستمرار في التركيز.				
١٠	كثيراً ما ينشغل بذاته داخل المنزل.				
١١	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة.				
١٢	يجد صعوبة في الإنصات لمحدثه.				
١٣	يطلب منه بشكل متكرر تركيز انتباهه على الأعمال التي يؤديها.				
١٤	يتشتت انتباهه بسهولة نتيجة لمنبهات خارجية.				
١٥	يكرر رسم النقط أو الخطوط دون فائدة من هذا التكرار.				
١٦	يكرر كتابة الحروف أو الأرقام دون فائدة من هذا التكرار.				
١٧	يصعب عليه الانتقال من مهمة تعليمية إلى أخرى.				
١٨	يفقد أدواته اللازمة لأداء مهامه المدرسية (أقلام. دفاتر.				

م	عبارات الاندفاعية	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	كثيراً	احياناً	لا يحدث
١	يكرر الأخطاء التي عوقب عليها من قبل.				
٢	يتفوه بتعليقات غير لبقة.				
٣	يندفع في عمل ما دون تفكير.				
٤	يجد صعوبة في انتظار دوره في اللعب.				
٥	لا يمكنه الانتظار أو تأجيل رغباته.				
٦	كثيراً ما يُعطي إجابات قبل طرح أو إكمال السؤال				
٧	يعرض نفسه للمخاطر دون أن يفكر في النتائج.				
٨	يعرف القواعد ولكنه يخرقها باستمرار.				
٩	يجد صعوبة في انتظار دوره في المواقف الاجتماعية.				
١٠	شديد الاندفاع والتهور في أعماله.				
١١	يجد صعوبة في رفع اليد والانتظار حتى يسمح له.				
١٢	يبادر إلى إنجاز أعمال لم يطلب منه إنجازها.				
١٣	يجد صعوبة في إمساك القلم فترة طويلة.				
١٤	غالباً ما يقاطع المعلم.				
١٥	يصعب عليه التحكم في انفعالاته.				
١٦	يُظهر تدنياً في مفهومه لذاته.				
١٧	يصعب التنبؤ بسلوكه.				
١٨	يتكلم دون استئذان.				
١٩	يطمع في نصيب زملائه.				
٢٠	يغضب بسرعة.				

	كتب ....)				
١٩	يصعب عليه تركيز انتباهه عند توجيه الأسئلة إليه من قبل والديه.				
٢٠	يقع في أخطاء كثيرة عند القراءة الجهرية.				
٢١	يقع في أخطاء كثيرة عند الكتابة على دفتر الواجبات المدرسية.				
٢٢	يقع في أخطاء كثيرة عند تدريبه على الكتابة الإملائية.				
٢٣	يصعب عليه الاستماع باهتمام لتعليمات وتوجيهات الوالدين.				
٢٤	يتعرض لحوادث كثيرة نتيجة عدم انتباهه.				
٢٥	قدرته على ربط المعلومات ضعيفة.				
٢٦	يضع الأشياء في غير موقعها أو مكانها الصحيح.				
٢٧	يميل إلى الضجر بسهولة (لا ينسجم دائماً).				
٢٨	نادراً ما يشارك في المناقشة مع أفراد أسرته.				
٢٩	يحتاج إلى متابعة مستمرة وتذكير بالأنشطة والأعمال.				
٣٠	دائم النسيان للأنشطة اليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر.				
٣١	يواجه صعوبة في ربط الأحداث بشكل متسلسل.				
٣٢	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه التشابه بين الأشياء.				
٣٣	يجد صعوبة في ملاحظة أوجه الاختلاف بين الأشياء.				
٣٤	يحتاج إلى وقت طويل للإجابة على الأسئلة المطروحة عليه.				
٣٥	يصعب عليه الانتباه لأكثر من خمس دقائق.				
٣٦	يصعب عليه الانتباه للمفاهيم الجديدة.				

م	عبارات النشاط الزائد	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	كثيراً	احياناً	لا يحدث
١	كثير الحركة داخل البيت وخارجه.				
٢	يتلفت كثيراً وهو جالس في مكانه.				
٣	يحرك يديه وقدميه دون هدف.				
٤	يخرج من غرفته عدة مرات دون مبرر.				
٥	يزعج أفراد أسرته داخل البيت.				
٦	غالباً ما يتلف الأدوات التي يستخدمها.				
٧	غير مرتب إنه فوضوي.				
٨	كثير التململ والحركة / لا يستطيع الاسترخاء.				
٩	كثيراً ما يتحدث بشكل مفرط (ثرثار).				
١٠	يتسلق ويركض بشكل مفرط في المواقف التي لا تتناسب وهذا السلوك.				
١١	يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.				
١٢	يحدث ضوضاء داخل البيت.				
١٣	لا يستمر فترة طويلة بمفرده مع طفل من نفس عمره.				
١٤	يتدخل في أنشطة إخوانه ويضايقهم.				
١٥	غالباً ما يقاطع ويتطفل على الآخرين.				
١٦	يتحدث بصوت مرتفع فجأة دون مراعاة النظام.				
١٧	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع أقاربه.				
١٨	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع مدرسيه.				
١٩	يجد صعوبة في السيطرة على تصرفاته.				
٢٠	ينقل الأشياء باستمرار من مكان إلى آخر.				
٢١	يجد صعوبة في بقائه جالساً في مكانه.				
٢٢	يلعب بفمه وشعره.				

م	عبارات الاندفاعية	تكرار حدوث السلوك			
		دائماً	كثيراً	احياناً	لا يحدث
١	يكرر الأخطاء التي عوقب عليها من قبل.				
٢	يتفوه بتعليقات غير لبقة.				
٣	يندفع في عمل ما دون تفكير.				
٤	يجد صعوبة في انتظار دوره في اللعب.				
٥	لا يمكنه الانتظار أو تأجيل رغباته.				
٦	كثيراً ما يعطي إجابات قبل طرح أو إكمال السؤال.				
٧	يعرض نفسه للمخاطر دون أن يفكر في النتائج.				
٨	يعرف القواعد ولكنه يخرقها باستمرار.				
٩	يجد صعوبة في انتظار دوره في المواقف الاجتماعية.				
١٠	شديد الاندفاع والتهور في أعماله.				
١١	يشعر بالضيق في حال عدم تلبية احتياجاته.				
١٢	يبادر إلى إنجاز أعمال لم يطلب منه إنجازها.				
١٣	يجد صعوبة في إمساك القلم فترة طويلة.				
١٤	غالباً ما يقاطع الآخرين أثناء الحديث.				
١٥	يصعب عليه التحكم في انفعالاته.				
١٦	يُظهر تدنياً في مفهومه لذاته.				
١٧	يصعب التنبؤ بسلوكه.				
١٨	يتكلم دون استئذان.				
١٩	يطمع في نصيب أخوته.				
٢٠	يغضب بسرعة.				

الملحق(٦)

جلسات البرنامج التدريبي

الجلسة الأولى:

التعارف

أهداف الجلسة:

١- أن يتعرف أفراد المجموعة التدريبية (وأمهاتهم) على الباحث وعلى بعضهم البعض.

٢- أن يتعرف أفراد المجموعة التدريبية (وأمهاتهم) على الغاية المرجوة من الجلسات التدريبية ومدى أهميتها.

٣- أن يقيم الباحث علاقات طيبة ومقبولة بينه وبين أفراد المجموعة التدريبية.

٤- أن يتفق الباحث مع أفراد المجموعة التدريبية على مواعيد الجلسات المقررة.

مدة الجلسة: (50) دقيقة.

محتوى الجلسة:

بدأ الباحث هذه الجلسة بتقديم نفسه لأفراد المجموعة التدريبية، والترحيب بهم، وبعد ذلك طلب من كل فرد من أفراد المجموعة تقديم نفسه للباحث ولزملائه بهدف تحقيق قدر مناسب من التعارف، وإيجاد بيئة مناسبة تتسم بالثقة بين الباحث وأفراد المجموعة التدريبية. وبعد ذلك أوضح الباحث للأفراد فكرة البرنامج التدريبي، ومضمونه، والفوائد أو النتائج التي يمكن أن تترتب على الاشتراك في هذه الجلسات كما طلب من أفراد المجموعة التدريبية أن يطلقوا على مجموعتهم اسما مميزاً، واتفق الجميع على تسمية المجموعة (أنا أفكر قبل الكلام) بهدف أن يرسخ المفهوم لديهم ويصبح محبباً لهم.

وفي نهاية الجلسة شكر الباحث أفراد المجموعة التدريبية وحثهم على ضرورة الحضور في مواعيد الجلسات المتفق عليها بنظام محدد.

الجلسة الثانية

مفهوم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

أهداف الجلسة:

أن يتعرف أفراد المجموعة التدريبية على مفهوم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واسبابه، وأعراضه، والنتائج السلبية المترتبة عليه خاصة في الجانب الأكاديمي.

الفنيات المستخدمة:

الشرح والتوضيح والمناقشة مع المجموعة.

مدة الجلسة: (50) دقيقة.

محتوى الجلسة:

قام الباحث بسرد قصة قصيرة على مسامع أفراد مجموعته التدريبية هذه القصة تحكي عن تلميذ يعاني من اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، حيث كان هذا التلميذ في رحلة مع معلمته وزملائه إلى إحدى الحدائق العامة وقام هذا الطفل بالتصرف بشكل سيئ في الحديقة حيث تسلق الأشجار العالية، وقفز من الأماكن المرتفعة، وكان يعتدي على زملائه بالضرب، وكان لا ينتظر دوره في اللعب، وكان يخطف الأشياء من زملائه، ويتحدث بصوت مزعج، وهذا ما جعل مشرف الحديقة يطلب من المعلمة مغادرة الحديقة وهذا ما أزعج معلمته وزملائه منه.

أوضح الباحث لأفراد المجموعة التدريبية في هذه الجلسة أن اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد حالة غير صحية تساهم في خفض المستوى التعليمي لهم، وأن هذا الاضطراب له تأثير ضار وسلبي على أداء الفرد ويتمثل ذلك في تدني الأداء التحصيلي، وتكرار الحصول على درجات ضعيفة، وعدم القدرة على التركيز، وكثرة النسيان أثناء أداء الأعمال المتكررة والمعتادة، وفقد الأدوات الضرورية للقيام بالأنشطة المختلفة، كما يظهر أيضاً مجموعة من الأعراض منها التململ وكثرة الحركة وعدم القدرة على الجلوس ساكناً، وكثرة الشغب والإتيان بسلوكات غير مناسبة، وعدم القدرة على انتظار الدور، ومقاطعة الغير أثناء الحديث، والتطفل عليهم والتدخل في ألعابهم، وفي نهاية الجلسة أوضح الباحث لأفراد المجموعة التدريبية أن المواظبة على الاستمرار في حضور جلسات البرنامج التدريبي وتنفيذ التعليمات الخاصة بكل جلسة يساعد الفرد على التخلص من هذه الأعراض الغير مرغوب فيها.

وقد كانت استجابتهم في اللقاء تتصف بالإيجابية والمشاركة وطرح بعض الأسئلة الاستفسارية التي أجاب عنها الباحث ببساطة تتلاءم ومستويات أفراد المجموعة.

الجلسة الثالثة

تشكيل سلوك جديد

أهداف الجلسة:

تدريب الطفل على تشكيل سلوك جديد بشكل منتظم حتى يصبح قادراً على أداء المرحلتين التاليتين:

١- أن يستمر التلميذ في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت واحد تتزايد تدريجياً.

٢- أن ينظر التلميذ إلى الباحث وأن يستجيب له عندما يناديه أو يذكر اسمه.

٣- أن يناقش الباحث مع الأمهات مجريات الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

المحادثة المباشرة، المناقشة، التكرار، التعزيز، والحث. التشكيل.

مدة الجلسة: (50) دقيقة.

محتوى الجلسة:

بدأ الباحث هذه الجلسة بتذكير أفراد المجموعة المشاركة بمحتوى الجلسة السابقة والتأكيد على أهمية تركيز الانتباه أثناء القيام بالأنشطة المختلفة في البيت أو داخل الحجرة الصفية.

وبعد ذلك بدأ العمل في نشاطات الجلسة الحالية المتمثلة في تدريب التلاميذ على الجلوس بهدوء لمدة دقيقة، وبعد التأكد من نجاحهم في ذلك امتدحهم الباحث ثم طلب منهم الجلوس بهدوء لمدة دقيقتين ثم ثلاث دقائق ثم خمس وهكذا حتى وصل إجمالي وقت الجلوس بهدوء إلى عشر دقائق.

وإذا لم يستجب أحد التلاميذ، وبدأ ينط ويقفز هنا وهناك أو أفرط في الحديث أو الحركة، واستمر في سلوكه الفوضوي كان على الباحث أن يبادر إلى تدريبه على الجلوس بهدوء وفق الطريقة التالية: يطلب الباحث من التلميذ أن يجلس بهدوء، ويجعل طلبه هذا مصحوباً بحثه بلطف من كتفه حتى يجلس لمدة ٣٠ ثانية. يمتدح الباحث ذلك لفظياً على الفور مع تقديم مدعم ملموس (قطعة من الحلوى أو الشوكولا). يستمر الباحث في الطلب من التلميذ الجلوس بهدوء مع التوقف تدريجياً عن الحث البدني وفي كل مرة يجلس يستمر الباحث في امتداح سلوكه وتدعيمه بالطريقة نفسها، وعندما ينجح التلميذ في الجلوس بهدوء لمدة ٣٠ ثانية، يبدأ تدريجياً بزيادة هذه الفترة حتى تصل إلى ٦٠ ثانية ثم العمل على زيادتها حتى تصل إلى ٥ دقائق، ثم يعمل الباحث على زيادة هذه المدة بمشاركة هذا التلميذ لزملائه حتى تصل إلى ١٠ دقائق متواصلة، وبعد التأكد من نجاحهم في ذلك يقوم الباحث بشكرهم وامتداحهم وتعزيز استجاباتهم ومنح كل واحد منهم قطعة من البسكويت مع عصير محبب لهم مكافأة على حسن استجاباتهم.

وبعد ذلك تم السماح لأفراد المجموعة بأخذ قسطاً من الراحة لمدة ٣ دقائق ثم قام الباحث بتدريب كل تلميذ على الانتباه والتركيز من خلال تدريب التلاميذ على النظر إلى الباحث عندما ينادي اسم أحدهم ويتم ذلك وفق الخطوات التالية:

١- الطلب من التلاميذ أن يجلس كلاً منهم على مقعده كما تدرب على ذلك سابقاً وعندما يتحقق ذلك، يبدأ الباحث بنطق اسم أحد التلاميذ بصوت عال وعندما ينظر التلميذ إلى الباحث ولو لفترة قصيرة (ثانية أو ثانيتين) يقوم الباحث بتدعيمه فوراً. (لا يدعم الطفل إذا كان في حالة حركة مفرطة)

٢- إذا لم يستجب التلميذ للباحث وذلك بالنظر إليه عند مناداته باسمه فيعمد الباحث إلى تدريبه على تشكيل الاستجابة على النحو التالي:

- **عندما يجلس التلميذ يطلب منه الباحث أن ينظر إليه "رامي انظر إلي"، ينتظر الباحث فترة قصيرة ثم يقوم بتدعيمه حالما يوجه نظره إلى الباحث، ويستمر الباحث في هذا الإجراء في كل مرة ينظر رامي إليه ويعزز هذا السلوك فوراً.**

- يعمد الباحث إلى زيادة الوقت تدريجياً الذي يمر بين بدأ النظر إلى الباحث وتقديم المدعم لزيادة فترة النظر إليه، إلى أن يصبح قادراً على النظر إلى الباحث لمدة تزيد على ١٠ ثوان عندما ينادى باسمه.

في حال لم يحدث ذلك ولم ينظر التلميذ إلى الباحث عندما ينادي اسمه يبادر الباحث إلى الخطوات التالية:

- يكرر الطلب: "رامي انظر إلي".
- يمارس الباحث الحث البدني بوضع إصبعه أسفل ذقنه وثني رأسه برفق حتى يتمكن التلميذ من رؤية الباحث، ثم يعزز الباحث ذلك فوراً.
- يكرر الباحث الإجراء السابق أي الحث اللفظي والبدني مع التعزيز الفوري، حتى يتمكن التلميذ من الوصول إلى الاستجابة الملائمة (أن ينظر التلميذ إلى الباحث عندما ينادي باسمه)، ثم يتخلص الباحث تدريجياً من الحث البدني حتى يتمكن التلميذ من النظر إليه من خلال الحث اللفظي فقط.

ملاحظة: كررت هذه الجلسة(٢)

الجلسة الرابعة:

تدريب سلوك الانتباه

أهداف الجلسة:

تدريب التلميذ على سلوك الانتباه بشكل منتظم بحيث يكون قادراً على أداء المرحلتين التاليتين:

١ -أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده.

٢ -أن ينظر التلميذ إلى شيء معين عندما يطلب منه ذلك.

٣ -أن يقوم بعمل أو نشاط معين لفترة محددة.

٤ -أن يناقش الباحث مع الأمهات مجريات الجلسة.

الفنيات المستخدمة: المناقشة-النمذجة-الحث-التعزيز.

مدة الجلسة: (50) دقيقة.

محتوى الجلسة:

يراجع الباحث مع أفراد المجموعة مضمون الجلسة السابقة ويذكرهم بالإجراءات التي وردت فيها، ثم ينتقل بعد ذلك إلى إنجاز أهداف هذه الجلسة وذلك بوضع واحد أو أكثر من الأدوات التي سبق إعدادها (مجموعة أقلام أو مفاتيح أو كتاب أو كرة... وغيرها)، ثم يطلب الباحث من التلميذ أن يجلس وأن ينظر إليه كما تدرب على ذلك في الجلسة السابقة، وبعد ذلك يطلب الباحث من التلميذ أن ينظر إلى الكرة مثلاً وهو يشير إليها، ويعزز التلميذ لفظياً ومادياً (حلوى مثلاً) فوراً إذا ما استجاب لطلب الباحث بالنظر إلى الكرة، وفي حال لم يستجب التلميذ لذلك يستخدم الباحث أسلوب الحث اللفظي والبدني بالطريقة السابقة، وذلك على النحو التالي: يعيد الباحث الطلب من التلميذ بأن ينظر إلى الكرة، وفي الوقت عينه يلوي رأسه برفق لكي يكون من السهل عليه أن ينظر إليها. يعزز الباحث فوراً استجابة التلميذ لفظياً ومادياً (بسكويت) ثم يتوقف الباحث تدريجياً عن استخدام الحث البدني حتى يتمكن التلميذ من النظر إلى الشيء المطلوب كاستجابة للتعليمات اللفظية فقط، ومن دون أية مساعدة من الباحث أو غيره وعندما يستجيب التلميذ يطلب الباحث منه أن يمارس نشاطات أخرى استجابة للتعليمات التي تدرب عليها.

الجلسة الخامسة

زيادة مدة الانتباه

أهداف الجلسة:

تدريب التلميذ على أداء نشاط محدد لفترة زمنية بسيطة تزداد تدريجياً وفق الخطوات التالية:

١-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده.

٢-أن ينظر التلميذ إلى شيء معين عندما يطلب منه ذلك.

٣-أن يقوم بعمل أو نشاط معين لفترة محددة.

٤-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.

الفنيات المستخدمة: المناقشة-النمذجة-- الحث-التعزيز.

مدة الجلسة: (50) دقيقة.

محتوى الجلسة:

يطلب الباحث من التلميذ النشاط التالي: وضع المكعبات في صندوق وفق ما يلي:

١. يطلب الباحث من التلميذ أن يجلس وأن ينظر إلى المكعبات.
٢. يطلب الباحث من التلميذ "رامي" أن يضع المكعبات في الصندوق المخصص.
٣. يشير الباحث بإصبعه إلى المكعبات ومن ثم إلى الصندوق.
٤. عندما ينجح التلميذ في تنفيذ ما طلب منه يقوم الباحث بتعزيزه فوراً.
٥. عندما يتوقف التلميذ عن النشاط ينتظره الباحث قليلاً ثم يكرر الطلب منه بأن ينقل المكعبات إلى الصندوق، ثم يعززه فوراً عند الاستجابة.
٦. يستمر الباحث في تعزيز التلميذ كل ٣٠ ثانية إذا استمر في أداء النشاط المطلوب منه.

وفي حال لم يستجب التلميذ يلجأ الباحث إلى الخطوات التالية:

- يستخدم الحث اللفظي مع الحث البدني، بأن يمسك بيدي التلميذ برفق ويوجههما نحو المكعبات لتنفيذ المطلوب.
- يعزز التلميذ فوراً في حال استجابته.
- يستمر التعزيز كل ٣٠-٤٠ ثانية كلما استجاب التلميذ في تنفيذ المطلوب منه.
- يقلل الباحث الحث البدني تدريجياً حتى يصل باستجابة التلميذ للقيام بالنشاط المطلوب عند إعطاء التعليمات اللفظية له.
- يتجنب الباحث إزعاج التلميذ بتكرار الحث البدني واللفظي.

ملاحظة: كررت هذه الجلسة(٢)

الجلسة السادسة

الانتباه للمثيرات البصرية

أهداف الجلسة:

١-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة .

٢-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية.

٣-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية .

٤-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي .

٥- أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.

٦-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [مجموعة من الصور لأشياء مألوفة للتلميذ]

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء.

٢– يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.

٣-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه في المهمة التعليمية.	- إني أرى صوراً لأشياء مختلفة.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	-أن أذكر أسماء الصور التي تُعرض عليَّ.
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	-أن أشير بأصبعي إلى الصورة وأذكر اسمها بالشكل الصحيح.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	يختار الاسم المناسب للصورة
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، وألا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١- توزيع المهام على التلاميذ.

٢- يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب منهم تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة، وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ٦). التعليمات: اذكر أسماء الصور التي تراها أمامك بالترتيب.

٥	٤	٣	٢	١
١٠	٩	٨	٧	٦
١٥	١٤	١٣	١٢	١١

الجلسة السابعة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٦-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٧-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [مجموعة من الصور المألوفة للتلميذ وُضِع بجانب كل منها الحرف الأول الذي يدل عليها].

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجزه بشكل جيد).
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء.
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه.	- إني أرى صوراً وضع بجانب كل منها الحرف الهجائي الذي يدل على الصورة.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	-أن أنطق أصوات الحروف الهجائية
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	- أتعرف على الصور وأنطق صوت الحرف الهجائي في بداية الكلمة الدالة على الصورة.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	ينطق صوت الحرف الدال على الصورة
٥	- أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١- توزيع المهام على التلاميذ.
٢- يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(جلسة٧) التعليمات: اذكر أسماء الصور التالية بالترتيب

بَ	شَ	يَ
سَ	جَ	نَ
أ	كِ	حِ
م	زَ	قَ

الجلسة الثامنة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٦-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٧-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [مجموعة من الصور المألوفة وضع بجانب كل منها الحرف الهجائي الأوسط الذي يدل عليها]

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه في المهمة التعليمية.	- إني أرى صوراً وضع بجانب كل منها الحرف الهجائي الذي يدل عليها
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	-أن أنطق أصوات الحروف الهجائية الموضوعة بجانب كل صورة
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	- أتعرف على كل صورة وأنطق صوت الحرف الهجائي في وسط الكلمة الدالة على الصورة.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	ينطق صوت الحرف الهجائي في وسط الكلمة الدال على الصورة
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١- توزيع المهام على التلاميذ.
٢- يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة٨) التعليمات: اذكر أسماء الصور التي تراها بالترتيب

ذ	أ	يِ
هـَ	كَ	قَ
شَ	ئ	ع
عَ	ب	ف

الجلسة التاسعة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٦-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٧-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [مجموعة من الصور المألوفة وضع بجانب كل منها الحرف الهجائي الأخير الذي يدل عليها].

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه بشكل جيد).
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	- إني أرى صوراً وضع بجانب كل منها الحرف الهجائي الذي يدل عليها
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	-أن أنطق أصوات الحروف الهجائية الموضوعة بجانب كل صورة
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	- أتعرف على كل صورة وأنطق صوت الحرف الهجائي في أخر الكلمة الدالة على الصورة.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	ينطق صوت الحرف الهجائي في أخر الكلمة الدال على الصورة
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، وألا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١- توزيع المهام على التلاميذ.
٢- يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب منهم تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ٩) التعليمات: اذكر أسماء الصور التي تراها:

م	ع	د
ب	ة	ن
ن	ت	س
ج	ة	ح

الجلسة العاشرة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٦-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٧-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [قوائم من المفردات من مستوى الصف الأول وحتى الصف الرابع]

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة.

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	- إني أرى قوائم من المفردات.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	قراءة القوائم قراءة جهرية.
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	عليَّ أن أشير بأصبعي على كل مفردة وأقرأها قراءة جهرية صحيحة.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أقرأ المفردات قراءة جهرية صحيحة.
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، وألا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب منهم تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة، وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ١٠) التعليمات: اقرأ هذه الكلمات بهدوء ودون تسرع.

١		٢		٣		٤
نادِي	جيرانْ	أنا	نحنُ	هُوَ	هِيَ	هاتانِ
شَرارْ	بِساطْ	أولادٌ	أسماكٌ	رَسائلَ	حَمائِمُ	الأقحوان
كِتابْ	عِنَبْ	المدرسةُ	مُلّونٍ	وِعاءْ	وفاءْ	مسؤولانِ
سماءْ	سَمَك	الثّمار	التُّجار	الثَّلاجةُ	الدَّراجةُ	السّمواتِ
جَمَعَ	البيْت	بُندقيةً	الطُّلابُ	غِذائَهُم	غدائَهم	المؤْمنانُ
دَرَسَ	الشجَر	الطيّارةِ	السيَّارةُ	إِنشاءْ	إَكرامْ	ثلاثُمئةٍ
حَديدْ	ذابَ	تعجّبَ	صَدقَةً	استعملَ	استعجَلَ	صديقَهما
يَقْرأ	فرِحَ	غُرفة	جُرعَةٌ	يَتذوقُ	يتلمَّسُ	يَسْتثمرُ
يَبني	يَنتظرُ	ساعَدَ	هَواءْ	يَصحو	يَقسو	يُهنِّئهُمْ
حليبْ	يَرمي	يَتناول	يُهاجرُ	مآكلُ	مآدبُ	اسْتقبلْتُهُ

الجلسة الحادية عشرة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.

٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.

٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية.

٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.

٥-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.

٦-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.

٧-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم

المهمة التعليمية: [قوائم من الحروف الهجائية منفصلة ومشكولة بحركات معينة].

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)

٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،

٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.

٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه (في المهمة التعليمية)	- إني أرى قوائم من الحروف المشكولة
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	قراءة القوائم قراءة جهرية
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	عليَّ أن أشير بأصبعي على كل حرف وأقرأه قراءة جهرية صحيحة.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أقرأ الحروف قراءة جهرية صحيحة.
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، وألا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.

٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يُعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب منهم تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة، وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة١١) التعليمات: أمامك حروف وعلى كل حرف حركة، اقرأ كل حرف حسب حركته. بدءاً من الحرف الأول واستمر حتى نهاية الصفحة.

بَ	شِ	لَ	طُ	جِ	ذِ	فِ
قَ	نُ	وُ	تِ	صُ	رِ	خُ
سُ	زَ	كِ	مِ	هـَ	غِ	ظُ
دَ	عُ	يَ	حُ	ضَ	ث	أ
ذُ	رُ	لُ	شَ	فُ	ظِ	قُ

الجلسة الثانية عشرة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٦-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٧-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم

المهمة التعليمية: [مجموعة من الكلمات في كل منها حرف متصل بحركة]
الاستجابة: شفوية فردية.
الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.
أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.
مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة
إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	أرى مجموعة من الكلمات في كل منها حرف متصل بحركة
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	قراءة كل حرف حسب حركته قراءة جهرية
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	عليَّ أن أشير بأصبعي على كل كلمة وأقرأ الحرف المشكول قراءة جهرية صحيحة.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أقرأ الحروف المشكولة قراءة جهرية صحيحة
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، وألا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب منهم تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة١٢) التعليمات: أمامك كلمات في كل منها حرف متصل بحركة، اقرأ كل حرف حسب حركته. بدءاً من الكلمة الأولى واستمر حتى نهاية الصفحة.

جَامعة	عُلبة	ضوْء	عصَام	عازفٌ
تُطعم	يخفِق	شمُوع	قَفز	كِيس
عَسل	حلِيب	بُرتقال	منشَار	سرِير
جُدران	ضِفدع	غُراب	أرنَب	مبْراة
إبريق	مُربع	قِرد	وَرق	ريشٌ
ظِلال	ثَمينة	أحضَان	دَواء	بَارع

الجلسة الثالثة عشرة
الانتباه للمثيرات البصرية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة.
٦-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.٧-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [مجموعة من المستطيلات يحوي كل منها حرف من الحروف الهجائية في مقابل كل حرف ثلاث كلمات واحدة منهن فقط تتضمن الحرف الهجائي].

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

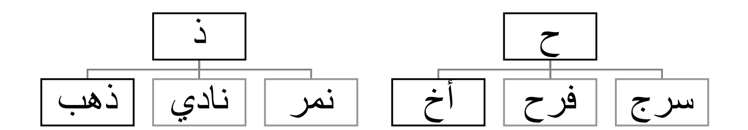
م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	أرى مجموعة من المستطيلات يحوي كل منها حرف من الحروف الهجائية في مقابل كل حرف ثلاث كلمات واحدة منها تتضمن الحرف الهجائي.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	أتعرف على الحروف الهجائية في أوضاعها المختلفة
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أنظر إلى هذا الحرف والكلمة المتضمنة له في كل مستطيل،
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أتعرف إلى الكلمة التي يوجد فيها حرف مماثل لهذا الحرف (أشر إلى الحرف) وأقرأها.
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

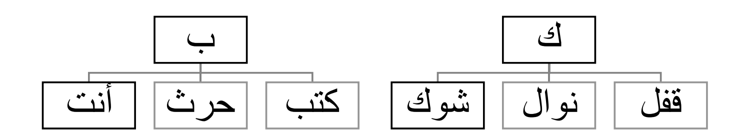
الخطوة الثانية:

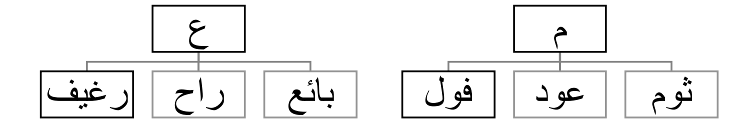
١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

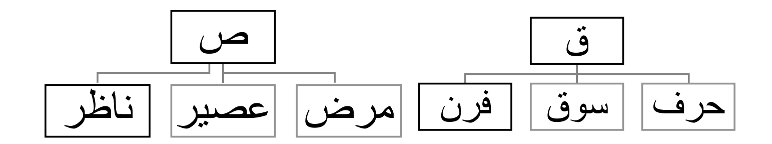
الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

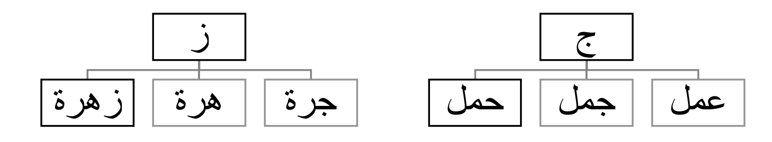
(الجلسة ١٣): انظر لكل حرف والكلمات المقابلة له في كل مستطيل وتعرف إلى الكلمة التي يوجد فيها حرف مماثل لهذا الحرف [أشر إلى الحرف] واقرأها.











الجلسة الرابعة عشرة
زيادة مدة الانتباه السمعي

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات السمعية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات السمعية المحددة.
٦-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي. ٧-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [قائمة تحوي أزواج من الكلمات بعضها متماثل وبعضها مختلف].
الاستجابة: شفوية فردية.
الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.
أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.
مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة
إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	أرى قائمة تحوي أزواج من الكلمات بعضها متماثل وبعضها مختلف.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	أن استمع لكل كلمتين منها معاً
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أن أقول أياً منها متماثل وأياً منها مختلف
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أميز بين الكلمات المتماثلة والكلمات المختلفة
٥	ـ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	ـ رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	ـ لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ١٤) التعليمات: اقرأ أزواج الكلمات وحدد إن كانتا مختلفتين أم متماثلتين

	مختلفة	متماثلة
مثال أ: كان –كان		
مثال ب: هات –بات		

	مختلف	متماثل
١–دَمْ – تَمْ		
٢–دُرْ – بُرْ		
٣–جَار – جَارْ		
٤–خَزْ – قَزْ		
٥–طُورْ – طَورْ		
٦–شَابْ – شَابْ		
٧–يَمْ – يَوْمْ		
٨–روَىَ – لَوَى		
٩–تَلْ – كَلْ		
١٠–خُذْ – خُفْ		
١١–طِيب – طِبْ		
١٢–بيْت – بَيْت		
١٣–صخْرْ – صخْر		
١٤–سَعيرْ – صَغير		
١٥–فَراغْ – فِراخ		
١٦–حَيْفَ – كَيْفْ		
١٧–جيدْ – شِيد		
١٨–خَوْخْ – خَوْخْ		
١٩–تيْنْ – طينْ		
٢٠–ظَلْ – زَلْ		

الجلسة الخامسة عشرة
زيادة مدة الانتباه البصري

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.
٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية.
٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.
٥-أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة.
٦-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي.٧-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: [مجموعات من المربعات تحوي كل منها على كلمة في الأعلى وثلاث كلمات في الأسفل واحدة منها مماثلة في الحروف والحركات للكلمة العليا].

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	مجموعات من المربعات تحوي كل منها على كلمة في الأعلى وثلاث كلمات في الأسفل واحدة منها مماثلة في الحروف والحركات للكلمة العليا].
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	أتعرف إلى الكلمة المماثلة وأقرأها
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أنظر في جميع الكلمات وأحدد الكلمة المماثلة وأقرأها
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أقرأ الكلمة المماثلة للكلمة العليا
٥	ـ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	ـ رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	ـ لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

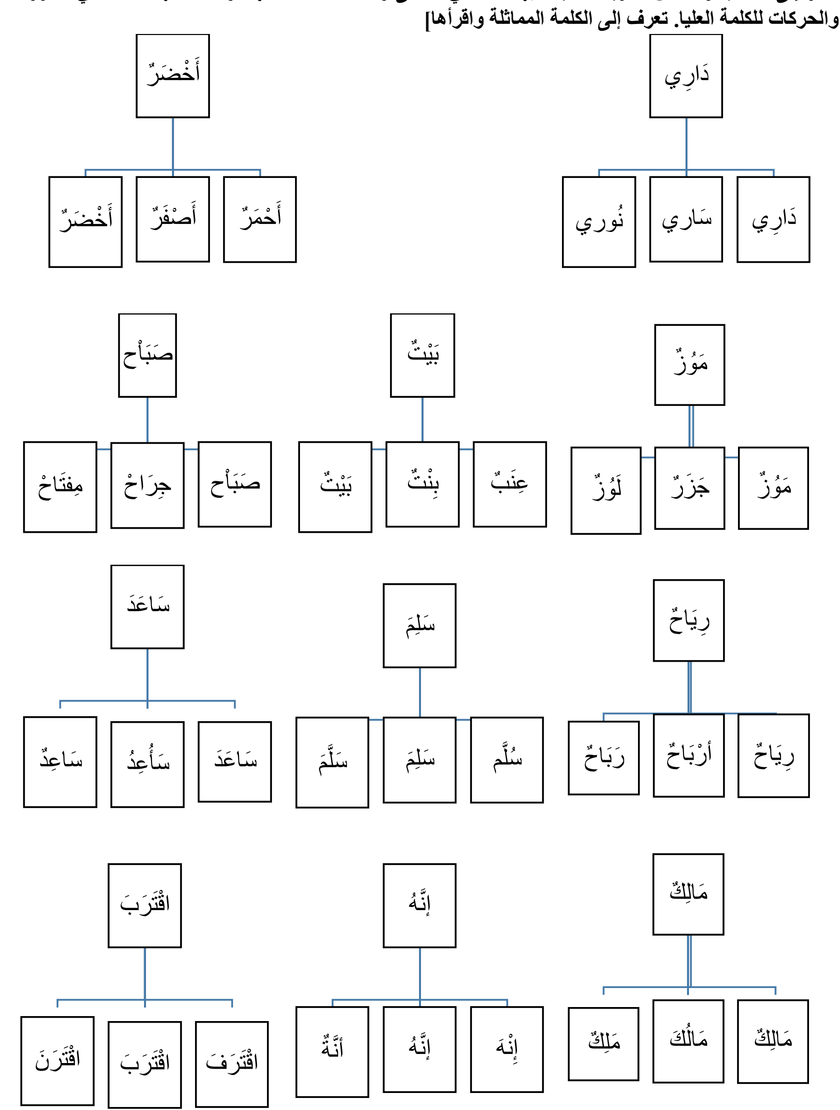
الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ١٥) التعليمات:

انظر إلى كل مجموعة من المربعات تجد فيها كلمة في الأعلى وثلاث كلمات تحتها، واحدة منها مماثلة في الحروف والحركات للكلمة العليا. تعرف إلى الكلمة المماثلة واقرأها]



الجلسة السادسة عشرة
الانتباه للمثيرات البصرية

أهداف الجلسة:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.

٢-أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة.

٣-أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية.

٤-أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية.

٥-أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة.

٦-أن ينفذ استراتيجية التعلم الذاتي. ٧-أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.

٨-أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: مجموعات من الحروف يمكن تأليف من كل مجموعة منها كلمة.

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)

٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،

٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.

٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	مجموعات من الحروف يمكن تأليف من كل مجموعة منها كلمة.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	تأليف كلمة من حروف بترتيبها المعطى وحركاتها ثم أقرأها
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أتتبع الحروف بترتيبها في كل مجموعة وأقرأ الكلمة التي تتكون منها.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أؤلف من مجموعات الحروف كلمات ذات معنى ثم أقرأها
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

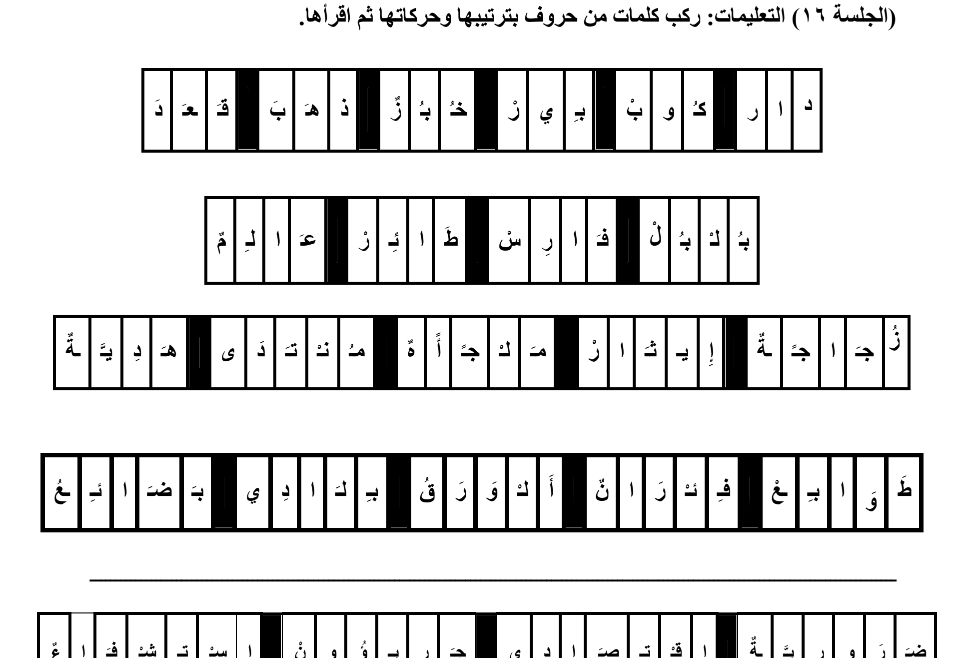
١-توزيع المهام على التلاميذ.

٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ١٦) التعليمات: ركب كلمات من حروف بترتيبها وحركاتها ثم اقرأها.



الجلسة السابعة عشرة
الانتباه لتسلسل المثيرات البصرية المحددة.

أهداف الجلسة:

١- أن يقوم التلاميذ بأن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. أمام الباحث.
٢- أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة .
٣- أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية
٤- أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية .
٥- أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية السمعية المحددة.
٦- أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٧- أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨- أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: مجموعات من الكلمات مجزأة إلى المقاطع المكونة لها.

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بأن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	مجموعات من الكلمات مجزأة إلى المقاطع المكونة لها.
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	تأليف كلمة ذات معنى من المقاطع المكونة لها وأقرأها
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أتتبع المسار واربط مقاطع الكلمة الواحدة وأقرأها
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	اربط بين مقاطع الكلمة الواحدة وأقرأها
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	- رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	- لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

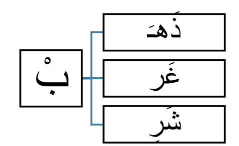
الخطوة الثانية:

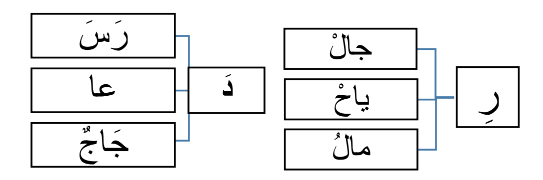
١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

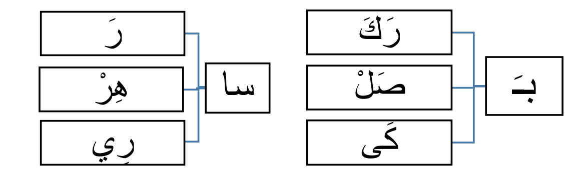
الواجبات المنزلية:

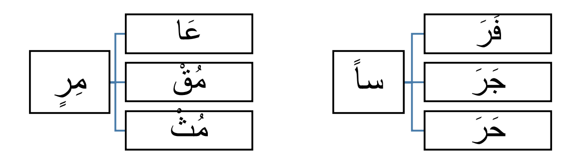
يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

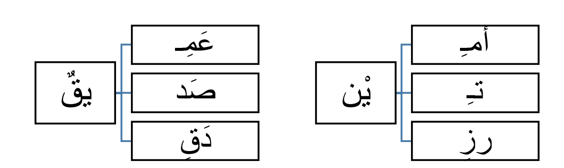
(الجلسة ١٧) التعليمات: أمامك مجموعة من كلمات إلى المقاطع المكونة لها، اتبع المسار واربط مقاطع الكلمة الواحدة وأقرأها.











الجلسة الثامنة عشرة
الانتباه للمثيرات البصرية السمعية وتسلسلها

أهداف الجلسة:

١- أن يقوم التلاميذ بأن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. أمام الباحث.
٢- أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة .
٣- أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية السمعية.
٤- أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية .
٥- أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية السمعية المحددة.
٦- أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٧- أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨- أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: القراءة الجهرية لنص في مستوى الصف الرابع.

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة ـ صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	نص باللغة العربية
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	أقرأ النص قراءة جهرية
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أقرأ النص قراءة صحيحة من حيث اللفظ والتشكيل
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أقرأ النص قراءة صحيحة وبسرعة مناسبة
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	ـ رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	ـ لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ١٨): اقرأ النص الآتي قراءة صحيحة.

عباس بن فرناس

تَطلَّعَ الإنْسّانُ مُنذُ سالفِ الأَزمانِ إلى أَنْ يُقلِّدَ الطُّيور لعلَّه يَختزل المسافات، ويُقلِّلُ مِنْ عَنَاءِ الانتِقالِ في المكانِ، وقدْ رُويتْ في هذا المجالِ أساطيرٌ يُونانيةٌ عن رجلٍ أَلصَقَ على كَتِفَيهِ بالشمعِ جَناحينِ وحلَّقَ بهما.

وقدْ راودَ هذا الحلُمُ عباسَ بن فرناسٍ الذي حاولَ الطَّيرانَ باستخدام جناحين من الرّيشِ ثبَّتَهما على ظهره وساعِديهِ، وصعِدَ إلى قمةٍ شاهقةٍ في يومٍ ذي ريحٍ قوي وفَردَ ذِراعيهِ في مُواجهةِ الريحِ، فارتفعَ محلِّقاً في السماء. ولكنَّه ما لبثَ أنْ اختَلَّ توازُنهُ وسقطَ على الأرضِ سقْطةً مُميتةً، وقد علَّل العُلماءُ المتأخِّرونَ ذَلكَ بأنَّ عباساً سها عن وضْعِ الذَّيلِ، إذْ يقومُ الذَّيلُ بوظيفةِ حِفظِ التَّوازنِ عندَ الطَّيرانِ.

الجلسة التاسعة عشرة
زيادة زمن الانتباه

أهداف الجلسة:

١- أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢- أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة .
٣- أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات البصرية.
٤- أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية .
٥- أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات البصرية المحددة.
٦- أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٧- أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨- أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: القراءة الصامتة لنص في مستوى الصف الرابع.
الاستجابة: شفوية فردية.
الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.
أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.
مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة
إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه. (في المهمة التعليمية)	نص باللغة العربية
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	أقرأ النص قراءة صامتة
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أقرأ النص قراءة صحيحة من حيث اللفظ والتشكيل
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أقرأ النص قراءة صحيحة واجيب عن الأسئلة
٥	ـ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	ـ رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	ـ لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ١٩) التعليمات: اقرأ النص الآتي قراءة صامتة ثم أجب عن الأسئلة.

قال مازن: في داري بستان
في البستان عُصفور أزرق وأخضر.
يعيشُ العُصفور في قفص كبير ونظيف.
العُصفور صغير وجميل.
يَحرسُ بلال البستان ويَزرعُ شجر التينِ والزيتون.
أوراقُ الزيتون خَضراء في الشِّتاء.
تَسقط أوراق الخَوخ في الخريف.
قَالتْ ريم: أُحب أن أرسم صُورةَ عصفورٍ يشربُ كوبَ حليب.
جلستْ ريم ترسمُ العصفور.

اجب عن الأسئلة الآتية.

١. ما لون العصفور؟
٢. أين يعيش العصفور؟
٣. ماذا يعمل بلال في البستان؟
٤. ما هو الشجر الذي تسقط أوراقه في الخريف؟
٥. ماذا كانت ريم تحب أن تعمل؟

الجلسة العشرون
الانتباه للتعليمات الشفوية

أهداف الجلسة:

١- أن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث.
٢- أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة .
٣- أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات السمعية.
٤- أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية .
٥- أن ينفذ التلميذ التعليمات الشفهية المعطاة له.
٦- أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٧- أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨- أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم.

المهمة التعليمية: قائمة من التعليمات يُطلب من التلميذ تنفيذها بعد سماعها شفوياً.

الاستجابة: شفوية فردية.

الفنية المستخدمة فى الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.

أدوات الجلسة: السبورة -صورة عن التدريبات.

مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة

إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١-يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. (تصفيق جماعي لكل تلميذ أنجز واجبه المنزلي بشكل جيد)
٢-الطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء.
٣-يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٤-يطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه (في المهمة التعليمية)	قائمة من التعليمات
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	الاستماع إلى التعليمات المعطاة لي ثم تنفيذها بدقة
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أقف وأنفذ ما يطلب مني
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أستمع للتعليمات وأنفذها واحدة تلو الأخرى.
٥	ـ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	ـ رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	ـ لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألّا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١-توزيع المهام على التلاميذ.
٢-يطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية: يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ٢٠) التعليمات: سأطلب منك أن تقوم ببعض الأشياء. أريد منك أن تنتبه جيداً لما أقوله وبعدها تفعل الأشياء التي أطلبها منك. أعملها بالطريقة التي أطلبها منك تماماً.

◙ **التعليمات ذات الخطوة الواحدة:**

٢. امش إلى الشباك.
٣. ضع القلم على الطاولة.
٤. المس أنفك.
٥. اجلس على الكرسي.
٦. أشر إلى الشباك.
٧. أغلق (أفتح) الباب

◙ **التعليمات ذات الخطوتين.**

١. قف ودر إلى الخلف.
٢. ارفع يدك واضرب الأرض بقدمك.
٣. امش إلى اللوح " السبورة " وارسم خطاً.
٤. امش حول المقعد ثم اجلس.
٥. احجل إلى الباب ثم اقرعه.
٦. ضع القلم على الأرض وصفق مرة بيدك.

◙ **التعليمات ذات الثلاث خطوات.**

١. قف، وامش حول الكرسي ثم اجلس.
٢. اذهب إلى السبورة، واكتب اسمك عليه ثم أحضر الطبشورة لي.
٣. امش إلى الباب وارجع إلى الكرسي، ثم اجلس.
٤. امش إلى الشباك، وأشر إلى الخارج ثم عد راجعاً إلى الخلف إلى كرسيك.
٥. در إلى الخلف، وضع يدك على رأسك، ثم ارفع قدماً واحدة.
٦. ارفع يدك، وحركها، ثم ضع يدك على عينيك.

الجلسة الحادية والعشرون
زيادة زمن الانتباه السمعي

أهداف الجلسة:

١- أن يقوم التلاميذ بأن يقوم التلاميذ بمراجعة الواجب المنزلي أمام الباحث. أمام الباحث.
٢- أن يجلس التلميذ بهدوء في مقعده وأن يكف عن الحركات المفرطة .
٣- أن يركز التلميذ انتباهه على المثيرات السمعية.
٤- أن يتروى التلميذ وألا يتسرع في تنفيذ المهمة التعليمية .
٥- أن ينتبه التلميذ لتسلسل المثيرات السمعية المحددة.
٦- أن ينفذ التلميذ استراتيجية التعلم الذاتي.
٧- أن يقوم الباحث بمناقشة الأمهات حول مجريات الجلسة.
٨- أن ينفذ التلميذ الواجب المنزلي باستخدام فنية التعلم الذاتي بمساعدة الأم

المهمة التعليمية: مجموعات من قوائم المفردات.
الاستجابة: شفوية فردية.
الفنية المستخدمة في الجلسة: التعزيز الاجتماعي-التعليمات الذاتية-الواجبات المنزلية.
أدوات الجلسة: السبورة ـصورة عن التدريبات.
مدة الجلسة: [٥٠] دقيقة
إجراءات الجلسة: الخطوة الأولى:

١ـالطلب من التلاميذ الجلوس كل على مقعده بهدوء،
٢ـ يقوم الباحث بعرض المهمة التعليمية.
٣ـيطلب الباحث من التلاميذ الانتباه للتعليمات الذاتية التي يقدمها لنفسه.

م	ما يقوله الباحث لنفسه	يجيب
١	انظر وأقل كل ما أراه (في المهمة التعليمية)	مجموعات من قوائم المفردات
٢	ما الذي عليَّ القيام به؟	الاستماع باستيعاب لقوائم المفردات المعطاة ثم أذكر الكلمة المخالفة في المعنى.
٣	الآن، أنا أعرف ما يجب عليَّ فعله ولكن كيف سأنفذ ذلك؟	أستمع وأقل الكلمة المخالفة في المعنى.
٤	يجب أن أكون يقظاً ومنتبهاً، وأتفحص كل الإجابات الممكنة. (محاولة اختيار الإجابة الصحيحة)	أذكر الكلمة المخالفة في المعنى.
٥	▪ أعتقد أن إجاباتي صحيحة، هل قمت بعمل جيد يا ترى؟	
٦	إذا كانت الإجابة الصحيحة	ـ رائع، لقد قمت بعمل جيد.
٧	وإذا كانت الإجابة خاطئة	ـ لماذا فشلت؟ سأراجع كل خطوة، وفي المرة القادمة سأحاول ألا أتسرع، ولا أرتكب نفس الخطأ، وأنا متأكد أني سأقوم بذلك بشكل أفضل.

الخطوة الثانية:

١ـتوزيع المهام على التلاميذ.
٢ـيطلب الباحث من التلاميذ أن يقوموا بنفس الإجراءات التي وردت في الخطوة الأولى.

الواجبات المنزلية:

يعطي الباحث التلاميذ مهمة تعليمية أخرى يطلب تنفيذها في المنزل وتنفيذ ما تم تعلمه في هذه الجلسة. وذلك بحضور ومشاركة أمهات التلاميذ.

(الجلسة ٢١) التعليمات: سأقرأ عليك أربع كلمات بينها كلمة واحدة مخالفة للكلمات الثلاث الأخرى، أريد منك أن تصغي بانتباه عندما أقرأ الكلمات ثم اذكر لي الكلمة المخالفة.
مثال: استمع جيداً لهذه الكلمات: جدار، حائط، كتاب، سقف. ما هي الكلمة المخالفة؟ (الكتاب).

١

١	٢	٣
أربعة	أم	أرنب
ثلاثة	بنت	غراب
أصابع	أخت	صقر
ستة	دجاجة	حمامة

٢

١	٢	٣
أنت	مَرَ	ابتسم
أنا	عبر	كسر
على	فاتَ	ضحك
هو	نشرَ	فرح

٣

١	٢	٣
فاز	صاح	وردة
نظر	صرخ	نحلة
ربح	بكى	نملة
كسب	جرى	فراشة

٤

١	٢	٣
بأْسْ	امتدح	رسغ
فَهِمْ	أثنى	مَرْفق
قوة	أشاد	كوع
شدة	قضى	نَفَر

الجلسة الثانية والعشرون
الأخيرة

أهداف الجلسة:

- **التذكير بما تم أخذه في الجلسات السابقة.**
- **توزيع الهداية التشجيعية على التلاميذ المشاركين في البرنامج.**
- **مناقشة الأمهات اللواتي حضرن جلسات البرنامج.**
- **تطبيق القياس البعدي على الأمهات.**

محتوى الجلسة:

قام الباحث باستعراض ما تم أخذه في الجلسات السابقة وقد شارك التلاميذ جميعاً (جلسة مراجعة جماعية) كما حث الباحث التلاميذ على التقيد بما تعلموه خلال الجلسات السابقة، ثم انتقل الباحث إلى توزيع الهدايا على أفراد العينة (القصص، دمى عرائس، ألعاب سيارات يمكن التحكم بها، ألعاب البزل). ثم عمد الباحث إلى لقاء الأمهات والتحاور معهن عما أستفدنه من الجلسات اللاتي شاركن بحضورها وكيفية معاملة أطفالهن داخل المنزل، بعد ذلك وزع عليهن المقياس للتعرف على مدى فاعلية البرنامج في تحسين أعرض اضطرابADHD لدى أبنائهن، كما أوصى الباحث على أهمية التواصل معه خلال الفترة القادمة وذلك لمواجهة أي مشكلة يمكن أن تعترض الأمهات، كما نبه الباحث إلى العودة إلى تطبيق المقياس بعد شهر من تاريخ التطبيق البعدي والذي يدعى بالقياس التتبعي.
وأخيراً شكر الباحث للأمهات جهودهن وتعاونهن مع الباحث في إنجاح البرنامج ومعالجة أطفالهن الذين يعانون من تبعات اضطراب ADHD.

الملحق رقم (٧)

نصائح للمعلمين:

١. القبول والاعتراف بوجود اضطراب ADHD.

٢. تقديم الرعاية والمساعدة الشخصية لهؤلاء الأطفال.

٣. محاولة التعرف واكتساب معلومات عن اضطراب ADHD.

٤. كن منفتح العقل ومرناً.

٥. استمع باهتمام إلى مداخلات الوالدين.

٦. انظر إلى إمكانات الطفل.

٧. شجّع احترام الطفل لذاته وارفع معنوياته.

نصائح للأباء الذين لديهم طفل شُخص بـ ADHD:

١-ابحث عن الاختصاصيين المحترفين بشكل صحيح.

٢-اقبل ووافق على التشخيص.

٣-اطلب نظام دعم ومساعدة جيد.

٤-اتبع نظام وروتين محدد في المكان.

٥-عندما يتعلق الأمر بالانضباط والطاعة، كن حازماً واعتبر أن التنفيذ والإنجاز هو نظام مكافأة، وعلِّم الطفل أن هناك نتائج مترتبة على سلوكه.

٦-تعلم الكثير عن اضطراب ADHD وعلمه للأخرين.

٧-ابقى إيجابياً، واقبل طفلك كما هو أو بالحال التي هو عليها، كن مترقباً وجاهزاً للتدخل في أي وقت، انظر لطفلك بشكل منفصل عن الاضطراب.

٨-ابحث عن المدرسة التي يكون فيها طفلك مرتاحاً. (إذا اقتضى الأمر مدرسة علاجية)، لا تغير المدارس كثيراً إذا لم يكن الأمر ضروري، وكن على علاقة وتواصل بالمدرسة.

٩-لا تبني آمال وتضع توقعات أكاديمية غير واقعية.

١٠-كن منفتح العقل لتجريب الريتالين Ritalin.

١١-تذكر بأن المعالجة لا تغير الأشياء بين ليلة وضحاها.

١٢-تابع واستمر وثابر على ما تفعله.

١٣-استمع واصغي لطفلك.

١٤-كن حذراً فيمل تقوله أمام طفلك ذي ADHD.

١٥-أخبر طفلك ذي ADHD بأنك تحبه.

١٦-لا تخاصم طفلك ذي ADHD ولا تهمله.

١٧-دعهم يقضون وقتاً مع الأطفال الآخرين وبالتالي يمكنهم رؤية نوعيات مختلفة من الأطفال.

١٨-اعط طفلك فرصة للنجاح.

١٩-اقضي وقتاً ممتعاً ومرحاً معهم.

٢٠-تذكر بأنك لا تستطيع أن تكون دائماً مسؤولاً عنهم.

الملحق رقم (٨)

موافقة وزارة التربية السورية

Abstract

The effectiveness of a behavioral training program with the participation of parents to reduce the initial symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the children.

A Quasi- Experimental Study of a sample of third grades students and the fourth grades students in the basic learning stage schools.

The present study deals with the effectiveness of a behavioral training program, with the participation of parents to reduce the initial symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the children among a sample of a third grade and a fourth grade students who suffer attention Deficit Hyperactivity Disorder in Al-Sanamayn City.

The study consists of five chapters; the first one introduces definition of the study subject in term of problems, importance, aims and terminology.

the second displays the theoretical framework in regard to the axis of the Disorder of Attention Deficit, which is accompanied with hyperactivity and the used methods to cure it.

The third chapter; includes a set of foreign and Arabic previous Studies, categorized in four basic axes. The fourth chapter; deals with study methodology and procedures describing the study sample and tools.

The fifth chapter and the last; includes the study conclusions as well as the discussions in the light of theoretical framework and previous studies.

The study ends with a number of recommendations and researches proposed.

The problem dealt in this study is summarized in this question:

What is the effectiveness of a behavioral training program with the participation of parents in reducing the initial symptoms of attention Deficit Hyperactivity Disorder of their kids?

The importance of the research:

The importance of this study stems from the following considerations:

1 –The study focuses on one of the most important and the most prevailed cognitive and behavioral problems among pupils. It is estimated that it spreads among 18% of the children of Syria. (Izz 201: 22)

2- The study depends on the experimental methodology, which gives it a specific importance, through the recognition, the diagnosing and the modifying of the disorder behavior.

3- The study highlights on one of the behavior modification programs as one of the methods that are used in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

4 -The study deals with the disorder of attention deficit/ hyperactivity in a sample of ordinary students, who are in school, and who lack the advantage of educational programs, because they suffer from Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

5-Through this program, that designed to reduce the symptoms of attention Deficit Hyperactivity Disorder and behavioral therapeutic techniques that will be included, and which can be useful for teachers, educators and workers in the fields of psychological counseling and special education.

6- The parents' participation and their attendance the sessions of the program; and what they can get of information, experience, and skills. and how to deal with their disordered children.

The main Objective

The study aims to test effectiveness of a behavioral training program, with the participation of parents of pupils, in reducing the initial symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, among a sample of third grade students and fourth grade students of the basic learning stage, who suffer Attention Deficit Hyperactivity disorder.

The main objective is divided into five sub-goals as following:

1) Designing a training program based on the behavioral modification techniques, to train students who have attention Deficit Hyperactivity Disorder, in order to reduce the initial symptoms of this disorder.
2) Providing and discussing the information about the training techniques of the program, and how to apply them with parents, who attend the program sessions and assigning them their own homework.
3) Measuring the effectiveness of the training program after application it; in reducing the initial symptoms of attention Deficit Hyperactivity Disorder.

4) Measuring the continuity of the success of the training program, in reducing the symptoms of attention Deficit Hyperactivity Disorder, after a two months stop of its application.
5) Introducing instructions and suggestions to be used in the education and rehabilitation of children who suffer attention Deficit Hyperactivity Disorder, all that in the light of the outcome of the Study results.

The study hypotheses have been identified as follows :

1) **The first hypothesis:** No statistically significant differences at the significance level of (5%) between the mean scores of the members of the experimental group and the mean scores of the members of the control group in the post- evaluation on the scale of attention deficit hyperactivity disorder for both the teacher and the parents in their dimensions and the total degree.
2) **The second hypothesis**: No statistically significant differences at the significance level of (5%) between the mean scores of the members of the experimental group in pre-evaluation and their mean scores in post-evaluation on the scale of Attention Deficit Hyperactivity Disorder for both the teacher and the parents in their dimensions and the total degree.
3) **The third hypothesis:** No statistically significant differences at the significance level of (5%) between the mean score of the members of the experimental group in post-evaluation and their mean scores in follow-up evaluation on the scale of Attention Deficit Hyperactivity Disorder for both the teacher and the parents in their dimensions and the total degree.

The researcher depended on the experimental methodology in this research, using the following tools:

1) Attention deficit / hyperactivity disorder scale. Image of teacher, prepared by the researcher.
2) Attention deficit / hyperactivity disorder scale. Image of parents, prepared by the researcher.
3) Raven's progressive matrices. (Rationing - Aziza Rahmah. 2004).
4) A training program based on the techniques of the behavior modification. (Prepared by the researcher).

The number of members of the research sample was (22) students (males and females). Of the third grade and fourth grade students with Attention

Deficit Hyperactivity Disorder, divided into two groups, 11 students for the experimental group and the same number for the control group. They were all selected from Al- Sanamayn schools, especially the First, the Fourth, the Sixth, the eighth as well as the Shahid Atma schools.

Research results have referred to:

1) The presence statistically significant differences at the significance level of (5%) between the mean scores of the members of the experimental group and the mean scores of the members o236f the control group in the total degree according to the scale of attention deficit hyperactivity disorder and its sub-measurements in the students with attention deficit/ hyperactivity in the post-evaluation in favour of the experimental group.
2) The presence statistically significant differences at the significance level of (5%) between the mean scores of the members of the experimental group in the pre-evaluation in the total degree according to the scale of attention deficit/ hyperactivity and its sub-measurements and their mean scores in post-evaluation in favour of post-evaluation.
3) No statistically significant differences at the significance level of (5%) between the mean scores of the members of the experimental group in the post-evaluation on the total degrees according to the scale of attention deficit/ hyperactivity and its sub-measurements and their mean scores in follow-up evaluation.

Damascus University
Faculty of Education
Department of Special Education



The Effectiveness of a Behavioral Training Program with the Participation of Parents to Reduce the Initial symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the children.

A Quasi- Experimental Study on the Pupils of the Basic Education Stage in the First Cycle

A thesis submitted for a Doctoral Degree in special education

Prepared by:

Nader Fayez A' shreifa

Supervision by:

Dr: Bassam Al' Taweil

An Assistant Professor in The second Faculty of Education in AL'Sweida'a

Year 2015-2016